

EXCLUSIÓN SOCIAL

José Antonio Martínez de Olcoz
Mata

PERSONAS CON TRASTORNOS
ADICTIVOS DE SUSTANCIAS EN
SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN
SOCIAL

TFG/GBL 2019

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

Gradu Bukaerako Lana

**PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS DE
SUSTANCIAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ DE OLCOZ MATA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA

Estudiante / Ikaslea

JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ DE OLCOZ MATA

Título / Izenburua

PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS DE SUSTANCIAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director / Zuzendaria

Antidio MARTÍNEZ DE LIZARRONDO ARTOLA

Departamento / Saila

Sociología y Trabajo Social / Soziologia eta Gizarte Lana

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2018/2019

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberria

Resumen

Con la elaboración del presente trabajo se pretende investigar y dar a conocer las diferentes problemáticas que sufren las personas con trastornos adictivos de sustancias, que les acaban derivando en su mayoría a diferentes situaciones de exclusión social.

Asimismo, el análisis que se ha llevado a cabo ha dado lugar al hallazgo de diferentes afectaciones que tienen estas personas en distintas áreas de las necesidades básicas. También debido al riguroso estudio que se ha llevado a cabo se ha demostrado las deficiencias que muestran estas personas en áreas primordiales para lograr procesos de inclusión social. De igual manera, al analizar los diferentes resultados que se han ido obteniendo, se ha conseguido detallar las diferentes problemáticas multidimensionales que tienen estas personas, lo que conlleva a realizar intervenciones integrales con las personas de carácter multidisciplinar.

Palabras clave: trastornos adictivos de sustancias; exclusión social; trabajo social; factores de riesgo y de protección; estigmatización.

Abstract

The aim of this work is to investigate and make known the different problems suffered by people with substance addictive disorders, most of which end up leading to different situations of social exclusion.

Likewise, the analysis that has been carried out has given rise to the finding of different affects that these people have in different areas of basic needs. Also, due to the rigorous study that has been carried out it has been demonstrated the deficiencies that these people show in primordial areas to achieve processes of social inclusion. Similarly, by analysing the different results obtained, it has been possible to detail the different multidimensional problems that these people have, which leads to comprehensive interventions with people of a multidisciplinary nature.

Key words: substance addictive disorders; social exclusion; social work; risk and protective factors; stigmatization.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	3
1.1. Objetivos	3
1.1.1. Objetivos generales.....	3
1.1.2. Objetivos específicos.....	3
1.2. Hipótesis.....	3
2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	5
2.1. Técnicas utilizadas.....	5
2.1.1. Técnicas cualitativas.....	5
2.1.2. Técnicas cuantitativas	8
3. MARCO TEÓRICO: FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES	10
3.1. Trastornos Adictivos de sustancias	10
3.1.1. Conceptualización de términos.....	10
3.1.2. Uso, abuso y dependencia	11
3.1.3. Interacción droga-individuo en un entorno social	12
3.1.4. Factores de riesgo y protección	13
3.1.5. Prevención y trabajo social sanitario	15
3.2. Patología Dual	18
3.2.1. Hospital de día Zuria.....	20
3.3. Exclusión Social	21
3.3.1. Conceptualización	21
3.3.2. Principales rasgos de la exclusión social	22
3.3.3. Circunstancias que han generado situaciones de exclusión social	24
3.3.4. Enfoques y situaciones de la exclusión social	26
3.3.5. Trabajo social sanitario y exclusión social.....	26
3.3.6. La exclusión social en personas con enfermedad mental.....	27
3.3.7. Zonas de inclusión-exclusión.....	29
3.3.8. Procesos para la inclusión social de personas con trastornos adictivos.....	29
3.4. Estigmatización de las personas con enfermedad mental.....	32
3.4.1. Manifestación del estigma	33
3.4.2. Consecuencias del estigma	34
3.4.3. Percepción de la enfermedad mental por parte de la sociedad	35

3.4.4. Tipos de estigma.....	36
4. RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN	38
4.1. Exclusión social en pacientes del HDZ.....	38
4.2. Información	42
4.3. Habilidades sociales	44
4.4. Autonomía.....	47
4.5. Relación convivencial	50
4.6. Vivienda.....	52
4.7. Organización de la unidad convivencial.....	55
4.8. Recursos económicos.....	58
4.9. Laboral.....	60
4.10. Formativo	62
4.11. Afectación social.....	65
4.11.1. Participación social.....	67
4.11.2. Aceptación social.....	69
4.12. Síntesis de la afectación de las necesidades por áreas	71
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES	75
BIBLIOGRAFÍA.....	84
ANEXOS.....	89
A. Anexo I: diagnósticos sociales elaborados.....	89
B. Anexo II: Guiones de las entrevistas realizadas	112
B.1. Trabajadora social de Zuria (Entrevistada I).....	112
B.2. Educadora social de Zuria (Entrevistada II)	115
B.3. Persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada III)	118
B.4. Familiar de persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada IV)	121
C. Anexo III: Transcripción de entrevistas	124
C.1. Trabajadora social de Zuria (Entrevistada I).....	124
C.2. Educadora social de Zuria (Entrevistada II)	131
C.3. Persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada III)	140
C.4. Familiar de persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada IV)	149

INTRODUCCIÓN

Existe una parte de la población que se encuentra o tiene el riesgo de afrontar situaciones de exclusión social, estas son las personas con trastornos adictivos de sustancias. La intención de escoger esta temática para llevar a cabo una investigación en el Trabajo de Fin de Grado emana a partir de las prácticas de 3º de carrera al tener el primer contacto con personas con problemas de Salud Mental. Asimismo, esta idea se refuerza durante el primer semestre de 4º de carrera debido a la impartición durante esta etapa de la asignatura de Psicopatología. Por otro lado, al tener la oportunidad de realizar las prácticas del segundo semestre de 4º de carrera en el Hospital de Día Zuria ha sido el último empujón necesario para la elaboración de este TFG.

La sensación adquirida en el Hospital de Día Zuria sobre estas personas ha sido que la enfermedad tiene un cierto grado de control sobre el individuo, llevando a cabo acciones con una clara negativa repercusión sobre sus vidas, lo que en muchos casos ocasiona situaciones de exclusión social. A pesar de esto, como se va a poder contemplar, de manera general estas personas han sufrido problemas multidimensionales que han ocasionado el consumo de sustancias, por ello resulta muy importante tener una amplia visión al estudiar y/o analizar estas situaciones.

Mediante el presente trabajo se pretende llevar a cabo un estudio y/o análisis de las diferentes problemáticas que presentan las personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social porque existe un gran desconocimiento por parte de la sociedad sobre esta tesitura. Por un lado, muchas personas confunden el concepto de trastorno adictivo de sustancia y no lo relacionan como una enfermedad mental. También es relevante puesto que estas personas se encuentran en un alto porcentaje bajo situaciones de exclusión social, ya que tienen una situación muy deficitaria respecto a las necesidades básicas.

Las personas beneficiarias de este trabajo es la sociedad en su conjunto, ya que se va a recopilar información sobre la exclusión social y los trastornos adictivos de sustancias que a su vez se va a asociar a otras particularidades que tienen las personas en esta situación.

Además, este tema resulta interesante porque es transversal, ya que es atractivo tanto para adolescentes como para personas ya en una edad adulta. Esto se debe puesto que la droga suele tener el primer contacto con la sociedad en ambientes sociales, y los/las adolescentes se encuentran en la edad de comenzar a interaccionar con estas situaciones. Asimismo, para las personas adultas es del mismo modo atractivo porque pueden ser conocedoras de personas con estas situaciones tan complejas.

Este trabajo ha sido estructurado de una forma sencilla para facilitar la comprensión lectora. Obviando el resumen y la introducción, en primer lugar nos encontramos con el apartado de “Objetivos e Hipótesis”, los cuales han sido tenidos en cuenta durante la elaboración del trabajo para poder llevar a cabo reflexiones adecuadas y/o la corroboración o no de las hipótesis planteadas. En segundo lugar, se encuentra el apartado de “Materiales y Métodos” en el cuál se estudian las diferentes metodologías que han sido utilizados para la elaboración del presente trabajo, así como las diferentes técnicas correspondientes a estas que se han llevado a cabo. En tercer lugar, se encuentra el “Marco Teórico” que se encuentra dividido a su vez por cuatro epígrafes, los cuales son trastornos adictivos de sustancias, patología dual, exclusión social y estigmatización de las personas con enfermedad mental. En cuarto lugar, se encuentra redactado el apartado de “Resultados y su Discusión” que se encuentra dividido por las diferentes necesidades básicas para así realizar un análisis adecuado de cada una de estas. En quinto lugar, se encuentra el apartado de “Conclusiones y Reflexiones”, en el que según lo que se ha investigado, analizado y/o reflexionado se corroboran o desmienten las hipótesis y se adjuntan diferentes reflexiones. En sexto lugar, se encuentra la “Bibliografía” donde han sido plasmadas todas las referencias que han sido utilizadas para la elaboración de este trabajo. Por último, se detalla un apartado de “Anexos” donde se plasman las diferentes técnicas utilizadas.

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos

En este Trabajo de Fin de Grado se pretende conocer las particularidades que sufren las personas en una situación de exclusión social y con trastornos adictivos de sustancias¹. Para ello, se ha optado por plasmar los siguientes objetivos.

1.1.1. Objetivos generales

- Conocer la relación entre exclusión social y trastornos adictivos de sustancias.
- Analizar desde el punto de vista del Trabajo Social la atención ofrecida a personas con trastornos adictivos de sustancias en el hospital de día Zuria².

1.1.2. Objetivos específicos

- Estudiar las particularidades y las sinergias de la exclusión social y los trastornos adictivos de sustancias, así como determinar las características diferenciales de personas con trastornos adictivos de sustancias.
- Visibilizar las problemáticas que sufren las personas con una situación de exclusión social y trastornos adictivos de sustancias.
- Investigar las particularidades del hospital de día Zuria en la atención a personas con trastornos adictivos de sustancias y en posible situación de exclusión social.
- Considerar el papel del trabajador social en el proceso que vive la persona con una situación de exclusión social y trastorno adictivo de sustancias.

1.2. Hipótesis

Previamente, en base a experiencias vividas expongo diversas hipótesis. Éstas, tienen como objetivo guiar el TFG, y, si es preciso, desmentirlas o argumentar por qué surgen.

- Las personas con trastornos adictivos de sustancias tienen más dificultades para lograr procesos de inclusión social.

¹ A partir de ahora trastornos adictivos equivaldrá a trastornos adictivos de sustancias

² A partir de ahora HDZ

- Las personas con trastornos adictivos de sustancias y diagnóstico social de exclusión presentan gran afectación en las áreas de afectación social.
- La mayoría de personas que acuden al HDZ poseen una patología dual.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El espectro metodológico que ha sido utilizado en este trabajo resulta bastante amplio, ya que han sido utilizadas técnicas correspondientes a la metodología cualitativa y cuantitativa. Estas técnicas utilizadas han servido para describir las particularidades de las personas con trastornos adictivos en situación de exclusión social. Por un lado, según Salgado (2007: 71), la utilización de la metodología cualitativa tiene como objetivo *“obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta”*.

También se ha utilizado una técnica de carácter cuantitativo para otorgar más diversidad al trabajo de investigación. La metodología cuantitativa según Hernández *et al.* (2006: 15) *“usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”*. Esta metodología ha sido utilizada para cuantificar datos obtenidos y así poder tener más información para corroborar o desmentir las hipótesis planteadas anteriormente. Además, la utilización de estos datos ha servido para reflexionar y llegar a ciertas conclusiones obtenidas gracias al empleo de esta metodología.

Las diferentes técnicas utilizadas para el desarrollo de este trabajo se encuentran reflejadas en el apartado de Resultados y discusión. Estas técnicas han sido elegidas puesto que se han visto como las más adecuadas y acertadas para medir el alcance e intensidad del fenómeno que se investiga.

A continuación, se acota un apartado para la explicación de las técnicas utilizadas, ya que es importante y ha sido de donde han surgido diferentes ideas/pensamientos que han guiado el trabajo.

2.1. Técnicas utilizadas

2.1.1. Técnicas cualitativas

En primer lugar, se ha llevado a cabo una recopilación de la bibliografía a través de diferentes fuentes fidedignas. A continuación se plasman algunas de las fuentes más

importantes que han sido utilizadas y han contribuido para conocer diferentes autores/as que han enriquecido el trabajo con sus aportaciones teóricas. En primer lugar, se han conseguido documentos a través de Google Scholar, el cual es un motor de búsqueda que filtra información académica. Es destacable entre otros documentos adquiridos las “Bases científicas de la prevención de las drogodependencias” realizado por Becoña (2002). En este documento se conceptualiza diferentes conceptos básicos sobre la temática de las drogas, así como tipos de prevención para reducir la oferta y la demanda de las drogas. En segundo lugar, en la biblioteca del HDZ al ser un espacio con una gran cantidad de libros, documentos, archivos, etc. sobre trastornos adictivos de sustancias y exclusión social, se ha recopilado bastante información. Uno de estos libros es el “Estigma y la enfermedad mental” escrito por Muñoz *et al.* (2009). En este libro se relacionan los estereotipos, prejuicios y la discriminación hacia personas con enfermedad mental entre otros, lo cual resulta muy enriquecedor porque relata de una manera muy objetiva las distintas formas de discriminación que sufren las personas con trastornos adictivos. También se ha hecho uso de la base de datos bibliográficos Dialnet, puesto que al estar especializada en ciencias humanas y sociales se ha conseguido extraer información que ha contribuido a la hora de elaborar la investigación. Asimismo, se ha utilizado Sirius, la cual es una herramienta que brinda la Universidad Pública de Navarra para buscar información de carácter académico útil para la investigación. Del mismo modo, se han analizado diversos libros de la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra para conseguir extraer información acorde con el objetivo del TFG. Por último, existe una gran dificultad para encontrar información sobre trastornos adictivos de sustancias con perspectiva estrictamente social, por lo que se ha recopilado información de documentos/manuales de fuentes de la psicología. A pesar de esto, se ha logrado analizar/estudiar información desde una perspectiva del ámbito del trabajo social. El manual de esta índole más destacable es “Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación” escrito por Cortés *et al.* (2010). Este manual estudia los trastornos adictivos desde diferentes puntos de vista y teniendo en cuenta las consecuencias acerca del consumo de sustancias en las personas.

A partir de esta explotación bibliográfica se ha conseguido enriquecer el trabajo con información conseguida de estos documentos y de otros que han sido recabados al entrelazar información obtenida en la revisión bibliográfica. Además, el utilizar esta técnica ha contribuido a cambiar la perspectiva que se tiene sobre las personas con trastornos adictivos. Asimismo, las diferentes fuentes primarias que han sido utilizadas como historias sociales, informes sociales, fichas sociales, información obtenida mediante la escucha activa, etc. han sido analizadas de una manera más enriquecedora al tener una base teórica correcta.

También se han realizado entrevistas semiestructuradas a diferentes personas con perfiles muy diversos para obtener información desde diversos puntos de vista. Según Díaz-Bravo *et al.* (2013: 163) *“la entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial”*. A continuación se muestra una tabla en la cual se resumen los perfiles de las personas entrevistadas.

Tabla 1: Personas entrevistadas, sexo y características

Persona entrevistada	Sexo	Características
Entrevistada I	Mujer	Trabajadora social del Hospital de Día Zuria
Entrevistada II	Mujer	Educadora Social del Hospital de Día Zuria
Entrevistada III	Mujer	Persona con trastorno adictivo de sustancias
Entrevistada IV	Mujer	Familiar de una persona con trastorno adictivo de sustancias

Fuente: Elaboración propia

2.1.2. Técnicas cuantitativas

Por otro lado, la técnica correspondiente a la metodología cuantitativa ha sido: el Diagnóstico Social. Con esta técnica se pretende corroborar o desmentir las hipótesis, cuantificar datos, dar otro punto de vista y enriquecer la reflexión. Según Viu *et al.* (2014: 12) un diagnóstico social es un *“proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones, problemas y sus factores causales en individuos y grupos, siendo su objeto aportar elementos fundamentales y suficientes para emprender una acción transformadora”*. En el HDZ se utiliza el “Manual de indicadores para el Diagnóstico Social” elaborado por los/las trabajadores/as sociales clínicos/as Martín *et al.* (1996). Este manual se ha seguido con algunos matices que han sido detallados y supervisados por la trabajadora social del HDZ. Esto se debe a que cada persona que acude a este centro, presenta unas particularidades que hacen que la intervención desde el trabajo social tenga que ser basada en las circunstancias que presenta cada individuo, puesto que ciertas áreas de necesidad pueden estar cubiertas de la misma

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

forma en dos individuos diferentes, pero para uno de ellos puede ser lo adecuado y para otro no.

Para llegar a este punto, hay que analizar las circunstancias de cada persona, lo cual se puede recoger en la historia social sanitaria y/o anamnesis. También se recogen una gran cantidad de datos para elaborar el diagnóstico social en la primera toma de contacto de los/las trabajadores/as sociales con los/las pacientes³. En este encuentro se realiza la entrevista, la cual es primordial para recoger ciertos datos que se expresan mediante la comunicación no verbal o simplemente para actualizar los que ya estaban recogidos.

Por todo esto, tal y como recoge Viu *et al.* (2014: 13) resulta muy difícil establecer diagnósticos sociales exactos. A pesar de esto, se contemplan diversas dimensiones que rodean a la persona teniendo en cuenta la importancia de estas, su peso en el contexto (es relativo en cada caso) y las diversas situaciones en las que se atiende. También a la hora de utilizar esta herramienta, hay que ser conscientes de la fragilidad de los instrumentos con los que se trabaja (áreas de necesidad), teniendo que emplear perspectivas diferentes para poder comprender la realidad total.

Para la elaboración de estos diagnósticos sociales, se ha partido de un universo de 30 personas, de las cuales se ha tomado una muestra de 23 pacientes del HDZ de enero-abril de 2019. Se ha decidido esta fecha porque ha coincidido con el periodo de prácticas, por lo que enriquece de una manera adecuada el análisis de esta herramienta. Las personas que han sido estudiadas tienen la característica común de presentar un trastorno adictivo de sustancias, además de otras cuestiones que serán explicadas en el apartado de Resultados y su discusión. De este modo, los resultados de los diagnósticos sociales realizados se encontrarán en el apartado Anexo I.

³ En el ámbito del Trabajo Social Sanitario a las personas atendidas se les denomina pacientes

3. MARCO TEÓRICO: FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES

3.1. Trastornos Adictivos de sustancias

3.1.1. Conceptualización de términos

Actualmente, el concepto de drogodependencia ha evolucionado y se ha reformulado como trastorno adictivo de sustancias. Dicha enfermedad afecta de manera directa al cerebro provocando una pérdida de control en el abuso de sustancias y generando una dependencia de éstas. El término dependencia muchas veces se confunde con el de adicción, pero no es lo mismo, ya que se puede tener adicción a una sustancia pero no dependencia de ésta. En primer lugar, el concepto de dependencia hace referencia al consumo de una sustancia para evitar los efectos negativos que ocasionaría el no ingerirla (Cavallerri, 2013). Por otro lado, el término de adicción hace alusión a la incongruente necesidad que tiene una persona de consumir una sustancia (Miña *et al.*, 2018: 514).

En los trastornos adictivos se dan los fenómenos de compulsión o abuso de las sustancias, síntomas de abstinencia y tolerancia. En primer lugar, los síntomas de compulsión se encuentran presentes en todas las conductas adictivas, ya que la persona pierde el control de la cantidad de sustancias que consume, siendo estos síntomas la característica principal de esta problemática (Becoña *et al.*, 2011). En segundo lugar, la abstinencia es el no consumo de la sustancia por parte de la persona voluntariamente o bajo la obligación de un tercero (Becoña *et al.*, 2011). Según la OMS, se entiende como síndrome de abstinencia al *“conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas”* (OMS, 2008: 56). En muchas ocasiones, para lograr una abstinencia adecuada, hace falta realizar un proceso de deshabituación, el cual trata en perder el hábito de consumo de sustancias que tiene una persona, reforzando factores de protección positivos mediante diversas sesiones dirigidas por distintos profesionales (educadores/as sociales, psicólogos/as, trabajadores/as sociales...). Es muy importante saber diferenciar entre deshabituación y desintoxicación, puesto que son dos términos que tienden a confundirse de manera

frecuente. En primer lugar, la deshabituación es la obtención de distintas habilidades sociales y personales que faciliten a la persona comenzar una nueva etapa en la vida sin consumir sustancias. Por otro lado, el término desintoxicación, hace referencia a la supresión de la sintomatología de abstinencia que puede aparecer por dejar de consumir sustancias. Este proceso se puede realizar de manera ambulatoria o con un ingreso de 24h en la UHP (unidad de hospitalización psiquiátrica) (Comín, 2012).

Por último, el concepto de tolerancia hace referencia a la necesidad que tiene una persona que consume una sustancia de manera habitual, teniendo que aumentar la cantidad de la sustancia ingerida para poder satisfacer sus necesidades (Becoña *et al.*, 2011).

3.1.2. Uso, abuso y dependencia

En este sentido, las personas con trastornos adictivos, de manera general siguen un proceso hasta llegar a ser dependientes de una sustancia, este proceso tiene tres etapas características, las cuales son: uso, abuso y dependencia. El uso de la sustancia tiene lugar los primeros años, y es cuando la persona ingiere una sustancia de manera esporádica y con fines recreativos (Becoña, 2002) sin que se den lugar diferentes consecuencias negativas inmediatas en la persona que está haciendo uso de la sustancia o en su entorno más cercano (*Trabajo Social en drogodependencia*, 2010: 10). Por otro lado, el abuso de una sustancia tiene lugar cuando a pesar de que la persona es consciente de que el consumo que está realizando es perjudicial para su salud, lo sigue llevando a cabo (Becoña, 2002), ya sea porque ha perdido el control con respecto a la cantidad o frecuencia con la que consume, aunque también influyen factores físicos, psíquicos y sociales (*Trabajo Social en drogodependencia*, 2010: 11).

Por último, se encuentra la dependencia o el síndrome de dependencia, el cual es entendido según la OMS como el *“conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente, estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de*

abstinencia física cuando se deja de consumir la droga" (OMS, 2008: 57). De este modo, la dependencia se puede contemplar desde una visión social, ya que si partimos que los seres humanos son sociales es porque son dependientes del resto de los seres humanos. A la hora de establecer la dimensión social de la dependencia, resulta necesario tener en cuenta dos elementos. Por un lado, resulta preciso comprender al ser humano acarreador de diferentes categorías sociales. Por otro lado, en función del lugar que los individuos ocupen en la estructura social, las relaciones se desarrollan según esta. Por ello, cuando una persona desarrolla una dependencia hacia una sustancia, resulta necesario analizar estos factores (De Andrés *et al.*, 2000: 68).

3.1.3. Interacción droga-individuo en un entorno social

Los trastornos adictivos coinciden con la exclusión social en que son un fenómeno multidimensional, puesto que toca diversos aspectos y no sólo es una relación entre la droga y el individuo, sino que también trata sobre la interacción existente de la droga y el individuo en un entorno social. Es necesario conocer la multiplicidad de variables para entender mejor este fenómeno y así prevenirlo más efectivamente.

Asimismo, se distinguen seis dimensiones: fisiológica, psicológica, microsocial, mesosocial, macrosocial y transcultural (Sánchez *et al.*, 1998).

Tabla 2: Dimensiones en los trastornos adictivos

Dimensión fisiológica	Dimensión psicológica	Dimensión microsocial	Dimensión mesosocial	Dimensión macrosocial	Dimensión transcultural
Cómo actúa una sustancia, influencia en funciones neurológicas y orgánicas, mecanismos de dependencia que provoca y consecuencias a largo plazo.	Predisposición de una persona para abusar de una sustancia, efectos buscados por la persona, actitudes y valores que hacen vulnerable a una persona y trastornos conductuales relacionados con el consumo.	Factores familiares (predisponen o protegen) e influencia en la persona consumidora del escenario educativo, relaciones sociales, valores, etc.	Influencia de los escenarios en los que se mueve la persona y los roles que desempeña.	Valores promovidos por el sistema social y la cultura, políticas educativas, legislación, alternativa del sistema social y la situación que ocupa la persona en la organización social.	Influencia de otras culturas externas y de los diversos medios de comunicación.

Fuente: Elaboración propia. Adaptación de Sánchez *et al.*, 1998: 18-20

Además de las dimensiones citadas anteriormente, es importante conocer la sustancia que consume la persona con trastorno adictivo de sustancias, puesto que nos guiará a la hora de elaborar una intervención integral, multidisciplinar y continuada. Es necesario conocerla para realizar una valoración social, es decir, si la droga tiene un uso normalizado o prohibido (Sánchez *et al.*, 1998: 21).

3.1.4. Factores de riesgo y protección

La constante evolución del mundo de las drogas hace que tengamos que analizar y reestructurar de modo efectivo los distintos factores de riesgo (incremento de las probabilidades de que un individuo abuse de las drogas) y de protección (reducen el riesgo de que una persona abuse de una droga) (Gutiérrez, 2007).

Dichos factores no se encuentran ligados a todas las personas de la misma manera, ya que lo que para un individuo puede ser un factor de riesgo, para otro no lo es. En cuanto a los/las adolescentes, esto se puede modificar mediante intervenciones de tipo preventivo, como por ejemplo en el ámbito educativo, en el cual si un/una adolescente tiene conductas agresivas se pueden llevar a cabo diferentes tipos de

intervenciones con el fin de que el/la adolescente desarrolle conductas apropiadas. Si esto no se realiza a tiempo se pueden dar diversos riesgos adicionales como dificultades sociales que deriven en el/la adolescente relaciones tóxicas y le permitan consumir drogas (Bierman *et al.*, 2004: 6-7).

Por otro lado, de manera general, para la población existen tres grupos de factores de riesgo: los individuales, los relacionales y los sociales. En primer lugar, los factores de riesgo individuales, se dan principalmente en la adolescencia, ya que es el periodo de tiempo donde la persona comienza a tener más libertad en torno a sus decisiones, lo que conlleva un riesgo si no ha adquirido de manera adecuada diferentes características personales o recursos protectores. Si estas características personales o recursos son adecuados, servirán como factores de protección frente a las drogas, manteniendo a la persona distante de éstas. En segundo lugar se encuentran los factores de riesgo relacionales, los cuales son las distintas relaciones sociales que tiene la persona, puesto que si el entorno o las personas con las que sale habitualmente son tóxicas, aumentarán los factores de riesgo. Por último, se encuentran los factores de riesgo sociales, los cuales se entienden por los distintos contextos sociales en los que se mueva la persona, puesto que si donde habitualmente lleva a cabo actividades está normalizado el consumo de alguna sustancia y obtiene una aceptación social, los factores de riesgo aumentan (Laespada *et al.*, 2004). A continuación, se describe de manera más detallada cómo están estructurados los distintos factores de riesgo.

Tabla 3: Factores de riesgo para el consumo de drogas

Factores de riesgo individuales	Factores de riesgo relacionales	Factores de riesgo sociales
Actitudes, creencias, valores, habilidades o recursos sociales, autoestima, autocontrol y la experimentación.	Ámbito educativo, relaciones sociales, ocio, estructura familiar y la aceptación del consumo de sustancias por parte de los amigos o de la familia.	Accesibilidad, conocimiento de los efectos de las drogas y aceptación.

Fuente: Elaboración propia. Adaptación de Laespada *et al.*, 2004: 18-27

Por otro lado se encuentran los factores de protección, que tienen una notoria importancia, ya que cuantos más factores de protección tenga una persona, más difícil

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

será que tenga un trastorno adictivo. Esto se debe a que dichos factores se encargan de disminuir o incluso inhibir la probabilidad del uso de sustancias (Laespada *et al.*, 2004).

Algunos/as autores/as destacan tres tipos de factores de protección esenciales: los lazos sociales, conocimiento sobre las drogas y destrezas sociales. Por lo tanto, es importante que una persona tenga una buena autoestima, comunicación adecuada con la familia, sepa expresar sus emociones de manera adecuada, no tenga relaciones tóxicas, etc. puesto que ayudará a la persona a no consumir sustancias (Laespada *et al.*, 2004). Por todo esto, es muy importante realizar esfuerzos de prevención contra las drogas, puesto que reforzando este aspecto se contribuye a fortalecer los factores de protección.

3.1.5. Prevención y trabajo social sanitario


En este contexto, los/las trabajadores/as sociales tienen un papel fundamental, puesto que tienen la labor de ocupar la función de mediadores/as sociales. Para que puedan desempeñar esta función de una manera adecuada, los/las trabajadores/as sociales tienen que conocer de primera mano los problemas ligados a los trastornos adictivos, para después superar los estereotipos y así poder diseñar diversas estrategias de prevención y actuación, con el último fin de conseguir la inclusión social de la persona con trastorno adictivo (Gutiérrez, 2007).

En el ámbito de la prevención, se considera el fenómeno de los trastornos adictivos como multidimensional, ya que este fenómeno social complejo no se entiende sin la contemplación de las diferentes dimensiones. La prevención es imprescindible tenerla en cuenta si se quiere abordar este fenómeno de manera integral. Además, como se explicará posteriormente, según De Andrés *et al.* (2000: 245), el enfoque preventivo se divide en tres acciones diferentes: por un lado las que tratan de apartar y/o evitar que el/la paciente tenga una experiencia amenazadora, las que intentan que una vez sucedido un suceso amenazante intentan paliarlo y las que intentan minimizar los daños una vez el hecho amenazante se está dando de forma continua.

A su vez, las intervenciones de los/as trabajadores/as sociales en prevención se dividen en tres niveles: las que van dirigidas a toda la población (universales), las selectivas


(personas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad) e indicadas (dirigidas a personas que tienen un alto riesgo). Es indispensable llevar a cabo estas intervenciones conjuntamente con la modificación de los factores de riesgo existentes en los contextos sociales en los que se reproducen las conductas adictivas, esto se realiza con intervenciones calificadas como ambientales, puesto que actúan a nivel social (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). También de manera más integral estas intervenciones se catalogan de tipo individual, familiar y comunitario. En primer lugar, la intervención individual trata de dotar a la persona de diferentes instrumentos para intentar incrementar la competencia social, un mayor control de los diferentes impulsos que tienen las personas y un mayor conocimiento emocional para poder controlarse de una forma más adecuada. En segundo lugar, la intervención familiar es importante, ya que las familias de las personas con trastornos adictivos suelen ser de manera general disfuncionales, por lo que una intervención para tratar de reequilibrar y reestructurar el entorno familiar es lo más adecuado. Por último, la intervención comunitaria tiene una visión muy amplia, ya que no solo se entiende la comunidad como un espacio en el que desarrollar la intervención, sino entenderla como un instrumento más, ya que no se trata de trabajar “para” la comunidad, sino que se trata de trabajar “con” la comunidad. Esto se debe porque es necesario llevar a cabo un trabajo interdisciplinar entre los diferentes sectores y profesionales implicados/as en este asunto (*Trabajo Social en drogodependencia*, 2010: 100-113).

A su vez, se establecen diferentes tipos de prevención para evitar trastornos adictivos. La prevención se puede desempeñar en el ámbito escolar, familiar, comunitario y laboral, aunque hay que destacar que hay tantos tipos de prevención como de actividades que realizan las personas. Es importante recalcar que a pesar de que la prevención escolar es la más importante, ésta no se entendería sin las demás, ya que debe de ir acompañada con una correcta prevención a nivel familiar, comunitaria, etc (Becoña, 2002: 75). A continuación, se expone una tabla con los ámbitos de prevención más relevantes.

Tabla 4: Ámbitos de la intervención preventiva


Prevención escolar	Prevención familiar	Prevención comunitaria	Prevención laboral
A través de la educación para la salud y de modo transversal en diversas asignaturas.	Promover habilidades educativas, reforzar la importancia del papel de los progenitores y su capacidad para solucionar diferentes problemas que surjan.	Prevenir el consumo de sustancias en una comunidad determinada poniendo en marcha diferentes recursos para ello.	Está más centrada en las sustancias legales (alcohol), aunque no deja de lado las ilegales. Esto se debe a la normalización que existe en el consumo de alcohol en la sociedad española.

Se complementan



Fuente: Elaboración propia. Adaptación de Becoña, 2002: 76-81

El papel que desempeñan los/las trabajadores/as sociales (y los/las demás profesionales) tratando a personas con trastornos adictivos tiene que ser realizado de manera integral, con una atención continuada y multidisciplinar. La atención integral se realiza teniendo en cuenta aspectos sociales, psicológicos y biológicos de la adicción (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). A su vez, como se va a proceder a explicar posteriormente, al estar tratando con personas que han sufrido la despersonalización, hay que tener como objetivo llevar a cabo la personalización de estos individuos valorándolos y reconociendo el valor de estas personas como seres humanos sin tener en cuenta el pasado de estas. Para llegar hasta la persona, es necesario prescindir de nuestros parámetros e interpretar su vida y su mundo desde los suyos. En definitiva, al intervenir con personas con trastornos adictivos de sustancias, hay que *“comprender al otro, como un camino que he de recorrer yo, no él, desde mi vida hasta su vida”* (Valverde, 2002: 67-69).

Asimismo, a la hora de desempeñar la intervención, se tiene que tener en cuenta que el trabajo social sanitario no es una pseudo-psiquiatría, ni una pseudo-psicología, sino que es una especialidad clínica de una disciplina científica. Por esta disciplina se pretende ayudar, teniendo en cuenta un procedimiento científico y mediante un

proceso psicoterapéutico a las personas con trastornos adictivos (Ituarte, 1992: 57). Esto se traduce llevando a cabo intervenciones asistiendo a la persona sin olvidar la actuación terapéutica, apoyando socialmente, llevando a cabo una serie de reducción de daños favoreciendo de esta manera procesos de inclusión social. De esto modo, en muchas ocasiones al intervenir con personas que proceden de familias desestructuradas o disfuncionales el objetivo principal y más básico es educar (De Andrés *et al.*, 2000: 370).

3.2. Patología Dual

El concepto de patología dual hace referencia explícitamente a la relación entre dos trastornos, pero vinculándolo con el campo investigado, se debe a la coexistencia entre un trastorno adictivo de sustancias y otro trastorno de salud mental. Además, desde el Trabajo Social sanitario es muy importante ser conocedores de la existencia de esta patología, ya que las intervenciones que se desarrollen tienen que ir dirigidas a los dos trastornos de manera equivalente, por las siguientes razones (Becoña *et al.*, 2011: 97-98):

1. Frecuente en las personas con trastornos adictivos.
2. Impacto importante en el pronóstico del tratamiento dejando claro la necesidad de un tratamiento individualizado.
3. Buen diagnóstico dual=intervenciones eficaces.

También es muy importante ser conocedores/as de la situación determinante que lleva a los/las pacientes a acudir al centro, en especial al HDZ, puesto que previsiblemente acuden a este recurso cuando tocan una situación personal límite. De hecho, muchos de los/las pacientes que acuden a Zuria se presentan siendo conocedores/as únicamente de su trastorno adictivo, inhibiéndose de su posible trastorno de salud mental. Respecto a los/las pacientes que acuden a Zuria, se percibe que (Becoña *et al.*, 2010: 99):

1. La existencia de un trastorno de salud mental junto con un trastorno adictivo no es por azar.
2. Un gran número de personas que acuden al HDZ presentan patología dual.

3. El trastorno de salud mental es un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno adictivo.
4. También un trastorno adictivo es un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno mental.
5. Los/Las pacientes con patología duales tienen una cantidad mayor de recaídas en el consumo de drogas.
6. En algunos casos existe un grave riesgo de cometer autolítico.

Es muy importante no caer en el prejuicio ya que está muy interiorizado en la sociedad respecto a la relación entre impulsividad/agresividad con patologías duales, ya que generalizar este patrón puede llevar a un error del diagnóstico y tratamiento de los/las pacientes. Se considera muy importante, tal como señala en su trabajo (Becoña *et al.*, 2011: 103):

1. Determinar la concordancia entre el consumo de drogas y la psicopatología, para delimitar si el comienzo de la psicopatología se encuentra ligado al consumo de sustancias.
2. Distinguir si los síntomas psicopatológicos aparecen durante la intoxicación o la abstinencia del consumo de drogas.
3. Construir una cronología de los trastornos para determinar el momento en el que salen a la luz.

En definitiva, en personas con trastornos adictivos se han hallado altos porcentajes de diagnósticos duales. Según la OMS se entiende por diagnóstico dual *“a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona”* (OMS, 2008: 32). Para que haya una consecución positiva en el tratamiento de estas personas hay que realizar un buen diagnóstico social/clínico y tratamiento integral, el cual debe de estar dirigido por un único equipo asistencial para eludir los tratamientos en paralelo, ya que se han encontrado mejoras notables en los tratamientos integrados en la persona (Becoña *et al.*, 2011: 98).

3.2.1. Hospital de día Zuria

El HDZ es un centro integrado en la red pública de salud mental especializado en el tratamiento de personas con trastornos adictivos de sustancias (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2017: 71). Además, este centro presta especial atención a las personas que presentan el fenómeno de la comorbilidad, es decir, la coexistencia en una misma persona de trastornos adictivos de sustancias y otra patología psiquiátrica. Este fenómeno ha hecho que los/las profesionales del HDZ se hayan especializado en este aspecto para poder desempeñar una labor integral en el individuo (Varo, 2011: 170-172). Este centro favorece procesos de inclusión social de personas con trastornos adictivos y en situación de exclusión social, puesto que posibilita un adecuado desarrollo psicosocial en régimen de día y en un contexto lo más idóneo y cercano a la persona y sus seres queridos (Dirección de Salud Mental de Navarra, 2019).

Asimismo, los/las pacientes que son derivados/as al HDZ provienen de diferentes recursos de Salud Mental de Navarra. Por un lado, la mayoría de pacientes que acuden al HDZ provienen de diferentes Centros de Salud Mental, aunque también acuden algunos/as pacientes de otros servicios. Pero la preferencia para llevar a cabo una derivación al HDZ siempre es de Centros de Salud Mental o de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica siempre y cuando sean ingresos programados, es decir, que los centros de salud mental hayan derivado a un/a paciente a la UHP para que posteriormente acuda al HDZ desintoxicado/a. Por otro lado, en menor medida acuden pacientes de manera no prioritaria de la Unidad de Media Estancia (UME), de la Unidad de Larga Estancia (ULE) y de Primeros Episodios Psicóticos (PEP). De este modo, de manera experimental se están aceptando algunos/as pacientes de estos recursos para comprobar qué sucede cuando se asumen pacientes de estos centros.

El HDZ cuenta con equipo terapéutico muy diverso que hace posible una atención integral e individualizada en los/las pacientes. Este equipo consta de una trabajadora social clínica, dos psicólogos clínicos, una enfermera, una médica, dos educadores/as sociales y personal administrativo (Dirección de Salud Mental de Navarra, 2019).

Este centro atiende a personas mayores de 17 años y menores de 65 años en diferentes programas de tratamiento, ya sea en hospitalización parcial, ambulatorio

intensivo o intervención en el Centro Penitenciario. Las personas que se encuentran en hospitalización parcial realizan diversos programas y/o actividades, como se indican en el Folleto ofrecido por el HDZ (Dirección de Salud Mental de Navarra, 2019):

- Tratamientos de adicción a sustancias.
- Tratamientos para personas con trastornos duales.
- Sesiones psicoeducativas (conciencia de la enfermedad, habilidades sociales, estimulación cognitiva, etc.).
- Sesiones terapéuticas grupales.
- Orientación ocupacional.

Las personas que acuden en hospitalización parcial al HDZ están un máximo de tres meses en donde se realiza un abordaje integral a través de la perspectiva bio-psico-social (Dirección de Salud Mental de Navarra, 2019).

En definitiva, este recurso reduce el tiempo de ruptura de los/las pacientes con su entorno familiar e incentiva la participación de la familia en el proceso terapéutico. También favorece la vida social, comunitaria y familiar de los/las pacientes, y, en consecuencia, se fomentan procesos de inclusión social (Rodríguez, 2012: 289).

3.3. Exclusión Social

3.3.1. Conceptualización

El concepto de exclusión social ha ido evolucionando a lo largo de los años, pero en la actualidad según Jaraíz *et al.* (2009: 28-29) se entiende como *“un proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad”*. Existe una aprobación para aceptar que la exclusión social tiene barreras en tres dimensiones (Jaraíz *et al.*, 2009: 29).

El término de exclusión social se encuentra relacionado con dos conceptos diferentes: pobreza y retraimiento. Por un lado, el término de pobreza hace referencia según Rubio *et al.* (2002: 22) al *“estado en el que se encuentran determinadas personas o grupos, definido principalmente por la carencia de recursos materiales y económicos”*. Como veremos posteriormente, este concepto suele ser analizado desde la

desigualdad y se evalúa según la cantidad de ingresos que tenga un individuo. Por otro lado, el concepto de retraimiento según Rubio *et al.* (2002: 23) hace referencia al *“modo de inadaptación social que se produce cuando el individuo rechaza tanto las metas socialmente establecidas como los medios para alcanzarlas”*. Estas personas son aquellas que de manera activa o pasiva se posicionan en el imaginario colectivo a un lado de las pautas que están bien vistas y son mayoritarias en la sociedad.

3.3.2. Principales rasgos de la exclusión social

La exclusión social se entiende como un fenómeno estructural, puesto que es la consecuencia de diferentes transformaciones estructurales que dan lugar a nuevas oportunidades, aunque por otro lado, también dan como resultado inseguridades sociales que se encuentran repartidas en tres esferas: inseguridades de la esfera económica, política y relacional (Jaraíz *et al.*, 2009: 326-327).

También se caracteriza porque las situaciones de exclusión social tienen un factor eminentemente acumulativo, puesto que las personas en situación de exclusión social acumulan diversas problemáticas en diferentes esferas (económica, empleo, lazos sociales, salud mental, vivienda, etc.) (Jaraíz *et al.*, 2009: 292).

Existe un gran consenso entre autores/as sobre la naturaleza multidimensional de la exclusión social, ya que existen diferentes inconvenientes a la hora de lograr una participación social, económica, política o en el ámbito del bienestar público (Laparra *et al.*, 2009: 188). Por lo tanto, en este nuevo contexto, la exclusión social no se puede leer de manera simplista. Asimismo, no solamente se caracteriza por ocupar un escalón bajo, sino que conlleva un fractura, es decir, el peligro de “quedar fuera” debido a la acumulación de diferentes factores (Jaraíz *et al.*, 2009: 327). Además, está ocasionada porque se ha mermado la capacidad de funcionamiento de diferentes ámbitos como: trabajo/formación, educación, salud, etc. lo que ha llevado a diferentes procesos exclusógenos (Laparra *et al.*, 2009: 188).

Tabla 5: La exclusión social y su multidimensionalidad

ÁMBITO	PRINCIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	EJES DE DESIGUALDAD
Económico	Pobreza relativa por insuficiencia de acceso a fuentes de renta	
Laboral	Paro Precariedad ocupacional	
Formativo	Analfabetismo Nivel formativo insuficiente	Sexo
Socio-sanitario	Discapacidad y dependencia Adicciones y enfermedades relacionadas de riesgo social	Edad
Residencial	Sin techo Infravivienda Entorno residencial degradado	Origen
Relacional	Debilidad o deterioro de la red familiar Escasez de relaciones comunitarias	Clase social
Político – De ciudadanía	No acceso a la ciudadanía política No acceso a derechos sociales	

Fuente: Jaraíz *et al.*, 2009: 328

Según Laparra *et al.*, (2009: 188-189) citando a Paugam (1996) argumenta la interrelación que existe entre los diversos procesos de exclusión, argumentando que al haber menos acceso al empleo, se fortalecía la inestabilidad familiar dando lugar a una ruptura de las relaciones sociales que a su vez derivaban a una situación de exclusión social grave.

La exclusión social es entendida como un proceso, puesto que no se trata de una desigualdad absoluta/estática de una persona con el resto de la sociedad, sino que más bien es un alejamiento paulatinamente de esta respecto a la sociedad. Por tanto, la exclusión social, tiene la característica principal de ser procesual y dinámica, puesto que se reproduce en diferentes intensidades en cada individuo, respondiendo a cómo tengan cubiertas las necesidades sociales estos (Laparra *et al.*, 2009: 189-191), ya que se caracteriza por ser un conjunto de procesos antes que una circunstancia estable, puesto que puede afectar de manera variable a diferentes personas de diversos colectivos sociales (Jaraíz *et al.*, 2009: 328). Esto se debe, al producirse cambios en las situaciones de vulnerabilidad y en la distribución de los riesgos sociales. También es importante tener en cuenta la situación y el momento en el que se viva, ya que esto afecta de manera cambiante a diferentes personas y colectivos de la sociedad (Subirats *et al.*, 2005: 12).

3.3.3. Circunstancias que han generado situaciones de exclusión social

Se establecen cuatro situaciones generales que han dado lugar a situaciones de exclusión social en algunas personas: cambios en el mercado de trabajo, los límites en la acción del Estado de bienestar, cambios en la institución familiar y la inmigración (Laparra *et al.*, 2009: 184).

En primer lugar, los cambios en el mercado de trabajo han contribuido a que el empleo ya no sea uno de los factores determinantes para encontrarse en una situación de inclusión social automática, ya que han surgido nuevas formas de empleo polarizando aún más la sociedad (ricos/as y pobres), como el empleo precario o los empleos irregulares de baja calidad. Además, la precariedad de las nuevas formas de trabajo es un nuevo factor de riesgo, puesto que han aumentado los trabajos temporales o los empleos sumergidos. Todo esto tiene una característica estructural, puesto que las personas que lo sufren suelen ser siempre las mismas y no consiguen desvincularse de ninguna forma de este tipo de empleo (Laparra, *et al.*, 2009: 184-185). Esto se debe al aumento de la competitividad y a las transformaciones del mercado de trabajo, que han ocasionado un incremento de la inestabilidad laboral ocasionando diversas problemáticas estructurales. Por todo esto, el mercado de trabajo se ha tenido que subdividir en tres dimensiones diferentes (Jaraíz *et al.*, 2009: 290-291):

- Dimensión de estabilidad.
- Dimensión de precariedad.
- Dimensión de exclusión.

A pesar de esto, en España solamente una parte del desempleo genera exclusión social, puesto que en muchas ocasiones el desempleo o precariedad de un miembro de la familia se ve compensado con la existencia de un empleo estable en el núcleo familiar (Jaraíz *et al.*, 2009: 291).

En segundo lugar, la acción del Estado de Bienestar ha estado sobrepasada y limitada, puesto que este ha estado condicionado a llevar a cabo políticas públicas que solamente han estado concentradas en transferencias monetarias (rentas, subsidios, prestaciones contributivas...). Por lo tanto, las entidades sociales han tenido un papel protagonista en este sentido, ya que han tenido un protagonismo en la intervención

social de las personas en situación de exclusión social. Además, han respondido de manera más oportuna a la llegada de inmigrantes a España (Laparra *et al.*, 2009: 185-186).

En tercer lugar, se han dado unos cambios en la institución familiar, puesto que antes la familia tenía un papel protagonista contra la exclusión, por lo que era un gran apoyo contra los riesgos del mercado de trabajo, un gran soporte económico y ayudaba contra la desprotección social. Actualmente, la familia ha tenido diversas transformaciones sociales: ha disminuido la cantidad de miembros que la componen, con la llegada del aumento de la esperanza de vida, ha aumentado a su vez el envejecimiento, etc. dando lugar a perder capacidad integradora. Asimismo, en España la familia ha tenido siempre un papel muy importante como protectora, por tanto, todo esto ha aumentado el riesgo de exclusión en muchas familias españolas (Laparra *et al.*, 2009: 186-187).

La inmigración ha llegado a alcanzar cotas muy altas, ya que la intensidad de esta ha ido en aumento. Sumando a esto la modesta planificación de las políticas públicas para acoger a esta llegada de personas, ha ocasionado que la inmigración se encuentre estrechamente relacionada con la exclusión. A pesar de esto, España es uno de los países del mundo que mejor acogida ha tenido hacia estas personas (Laparra *et al.*, 2009: 187).

Por otro lado, se están dando un aumento de las desigualdades sociales, provocado por un aumento de las necesidades sociales de las personas que es originado por los diferentes procesos sociales que están perjudicando a la organización societaria actual. La actual deriva desigualitaria que se está produciendo tiene por un lado, implicaciones políticas y por otro lado, implicaciones sociales, que se deben a las características estructurales de los modelos de sociedad en el que se están produciendo. Asimismo, se está evolucionando progresivamente a un tipo de sociedad más dualizada (Tezanos, 2002: 43).

3.3.4. Enfoques y situaciones de la exclusión social

La existencia de la exclusión social se explica en torno a tres tipos de enfoque: autoexclusión, exclusión por cambios en la sociedad postindustrial y exclusión social por discriminación activa (Laparra *et al.*, 2009: 179-180).

En primer lugar, se encuentra el enfoque de la autoexclusión, en la cual se establece que las personas que han llegado a una situación de exclusión social, ha sido porque estas mismas se han apartado y excluido de las normas y estilos de vida de la sociedad en la que viven (Laparra *et al.*, 2009: 179). En muchas ocasiones, estas personas pasan a encontrarse en una situación de exclusión grave o de marginación social que hace que la persona excluida tome conductas evasivas para lograr la autoexclusión.

En segundo lugar, se encuentra la perspectiva que pone el foco de la atención en la desindustrialización y la extensión de las nuevas tecnologías, lo cual ha llevado a que muchos trabajos con los que se podía tener un nivel de vida adecuado se hayan quedado obsoletos, obteniendo así el resultado de personas que se encuentran sin trabajo con una baja formación profesional y con una edad en la que es muy difícil reincorporarse al mundo laboral (Laparra *et al.*, 2009: 180). Esto se debe a que anteriormente la formación/educación que habían recibido les era pertinente para la situación y el contexto social en el que vivían, pero con el avance de las tecnologías y la desindustrialización, esta formación se ha convertido en muy deficitaria, tocando además otras necesidades sociales y llevándoles a una situación de exclusión social.

Por último, se encuentra la visión de la exclusión como discriminación activa, la cual la sufren personas que soportan una gran estigmatización por el resto de la sociedad (Laparra *et al.*, 2009: 180). Este tipo de exclusión lo sufren personas que se encuentran en situación de marginación, principalmente, no suelen tener una aceptación social y una participación social adecuada, además de otras necesidades sociales que tienen en situación muy deficitaria.

3.3.5. Trabajo social sanitario y exclusión social

En el contexto del trabajo social sanitario, la exclusión social ha sido dividida en diferentes niveles para aglutinar los diferentes grados que tiene; dicha clasificación es: leve, moderada y grave. Esta escala ha sido realizada por Viu (2013) para adaptar las

diferentes situaciones de exclusión que expone Martín *et al.* (1996) a los diferentes perfiles de los/las pacientes que se atiende en el HDZ. Asimismo, ha sido redistribuida de esta manera porque cada persona tiene unas circunstancias de vida particulares que ocasiona que haya que intervenir de manera integral en cada persona y sin individualizar el colectivo. A continuación, se plasma la escala de exclusión social que aglutina diversas situaciones de exclusión.

Tabla 6: Grados de la Exclusión Social

Exclusión social leve	Exclusión social moderada	Exclusión social grave
Situación deficitaria coyuntural	Situación de exclusión social	Situación de desventaja social
Situación deficitaria de larga duración		Situación de marginación

Fuente: Viu, 2013. Adaptación de Martín *et al.*, 1996

Los/Las trabajadores/as sociales sanitarios/as tienen que ser conocedores/as que la enfermedad es un antagonista de la persona y, en consecuencia, un posible factor excluyente. Por ello, los/las pacientes que están perjudicados por diferentes situaciones socio-sanitarias desfavorables con un comportamiento contrario a la norma social determina en que se terminen dando lugar situaciones con estigmas preestablecidos. Además, los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as deben tener en cuenta el hándicap que poseen en este ámbito, puesto que los recursos sociales existentes son muy diferentes con el resto del panorama sanitario, ya que los avances que se dan son mínimos comparados con el terreno sanitario en general (Moreno, 2008: 219-222).

3.3.6. La exclusión social en personas con enfermedad mental

Las personas con enfermedades mentales están muy predispuestas a llegar a una situación de exclusión social, puesto que tienen características especiales que en muchas ocasiones no se han dado solución y se encuentran desatendidas. También estos individuos muchas veces no se dejan atender por profesionales, esto tiene que ver con la estigmatización (etiquetado), puesto que si son vistas salir de un servicio de salud mental, tal vez se les etiquetan. Por otro lado, en muchas ocasiones las

diferentes instituciones no han logrado ayudar de una manera adecuada a estas personas, llevándolas a una situación de exclusión social (Laparra *et al.*, 2009).

Además, esta muestra de personas corrobora que la exclusión es heterogénea, ya que afecta a distintas personas de diferente manera. Esto a los/las trabajadores/as sociales nos lleva a establecer vías desde la intervención social ajustadas a las diferentes necesidades y momentos de las personas. Por ello, muchos de estos individuos en lo relativo al mercado de trabajo se encuentran en situaciones de muy difícil empleabilidad o de no-empleabilidad. A continuación se explican estos dos conceptos (Jaraíz *et al.*, 2009: 292-294):

- Situaciones de muy difícil empleabilidad. Son personas que están en un proceso de desestructuración personal y social muy elevado. En muchas ocasiones estas personas tienen trastornos adictivos de sustancias y otros problemas de salud mental. En estas situaciones estas personas acuden a diferentes talleres de activación personal (empleo protegido, talleres ocupacionales).
- Situaciones de no-empleabilidad. Son individuos en los que el acceso al mercado laboral no se contempla como una vía adecuada para contribuir con procesos de inclusión social. Estos individuos se caracterizan por tener graves discapacidades físicas o psíquicas.

Cuando los trastornos adictivos de sustancias se encuentran relacionados con la pobreza, la exclusión social que se lleva a cabo deriva en que la pobreza articula cómo se consume la droga y qué droga se consume (Rubio *et al.*, 2002: 209). La exclusión social y el consumo de drogas tienen una relación bastante compleja, puesto que como señalan Laparra *et al.* (2009: 201), hay que tener en cuenta algunos elementos a la hora de abordar esta problemática:

- Los/Las adolescentes que no consumen sustancias, en muchas ocasiones viven procesos de exclusión respecto al grupo de amigos/as que sí las consumen.
- El consumir drogas no conlleva esencialmente a vivir situaciones de exclusión social, ya que hay que tener en cuenta factores de protección determinantes.

También resulta preciso señalar que el proceso que sufren las personas con trastornos adictivos y en situación de exclusión social, es ante todo, un proceso de

despersonalización, ya que hay muchos factores que a lo largo de los años han usurpado el protagonismo de sus vidas, como la droga, situaciones problemáticas, etc. En muchas ocasiones los/las trabajadores/as sociales han realizado intervenciones bienintencionadas pero con un efecto adverso, ya que comunicar a una persona qué tienen que hacer o cómo tienen que vivir, centrándose en la droga únicamente, tiene un efecto contrario. Esto se debe porque los problemas que tienen estas personas trascienden mucho más allá de la droga, por todo esto, el/la trabajador/a social que intervenga con una persona con estas características tiene que realizar un proceso de personalización del otro, es decir, el/la trabajador/a social tiene que ir hacia la persona que atiende y su vida, no llevarle hasta su vida. Esto se debe porque así las interpretaciones que realice el/la trabajador/a social se llevan a cabo desde la vida de los/las pacientes y no desde la suya (Rubio *et al.*, 2002: 210).

3.3.7. Zonas de inclusión-exclusión

En la sociedad actual se dan diferentes zonas de inclusión-exclusión. La exclusión social y sus diferentes variantes se encuentran posicionadas en los extremos (Tezanos, 2002: 48). Según Rubio *et al.*, (2002: 26) estas variantes son las zonas de integración, vulnerabilidad y de exclusión. En primer lugar, la zona de integración/inclusión se caracteriza por tener un empleo en buenas condiciones y estable y, tener unas relaciones sociales y una familia sólida que respondan a las funciones adecuadas. En segundo lugar, la zona de vulnerabilidad se caracteriza por empleos precarios que no garanticen una subsistencia adecuada, unas relaciones sociales escasas y en el caso de las personas con trastornos adictivos de sustancias, tóxicas. Por último, la zona de exclusión hace referencia al aislamiento social y carencia de un trabajo digno o la expulsión del mercado laboral. Además, como se ha comentado anteriormente, esta zona se subdivide a su vez en tres: exclusión social leve, moderada y grave.

3.3.8. Procesos para la inclusión social de personas con trastornos adictivos

Según Rubio *et al.* (2002: 73) la inclusión social hace referencia a que *“todos los seres humanos sean reconocidos como sujetos, y eso no porque se universalice un modelo homogéneo, sino precisamente desde su carácter insustituible, desde su diferencia, su otredad”*. Esto se debe porque la universalización de los derechos humanos exige

reconocer que el primer deber que imponen estos es aceptar la inclusión del otro (Rubio *et al.*, 2002: 73).

De este modo, la inclusión social se entiende como un proceso en el que hay un cambio que permite que el individuo se diseñe a sí mismo, por ello, se deben seguir una serie de pasos sucesivos planificados para alcanzar unos objetivos mediante una organización de los recursos, mecanismos y apoyos de personas cercanas y profesionales. Al ser la exclusión de carácter integral deriva en que el proceso de inclusión también lo sea de esta manera. Por ello, se relaciona estrechamente la inclusión social con la cohesión, la justicia social y la integración (Sartu, 2011: 59-62).

La autonomía personal es el factor más determinante para que se dé un proceso de integración por parte del paciente, ya que en ésta se recoge la maduración y la independencia global, puesto que si se consigue esto, el proceso de abstinencia suele venir enlazado (Rodríguez, 1988). En consecuencia, el proceso de inclusión social de las personas con trastornos adictivos es un proceso en que la persona protagonista logra unos objetivos que le llevan a la normalización de su vida.

Para que se lleve a cabo esta normalización de la vida, es necesario que la persona tenga cubierta en buena medida distintas necesidades básicas que le ocasionen situaciones sociales adecuadas. De este modo, uno de los muchos indicadores que indican que una persona se encuentra integrada adecuadamente en la sociedad es la participación social. Según Rubio *et al.*, (2002: 102) se entiende por participar a *“estar presente en, ser parte de, ser tomado en cuenta por y para, involucrarse, intervenir en, etc. Participar es incidir, influir, responsabilizarse. La participación es un proceso que enlaza necesariamente a los sujetos y los grupos; la participación de alguien en algo, relaciona a ese uno con los otros también involucrados. Ser participante implica ser coagente, copartícipe, cooperante, coautor, corresponsable. Es preciso distinguir y relacionar la participación individual y la colectiva, la participación directa y la participación mediante representantes”*. Además, la participación de las personas con trastornos adictivos de sustancias en la sociedad es necesaria para establecer unas políticas públicas, proyectos de intervención social y dinamización comunitaria adecuadas (Rubio *et al.*, (2002: 102).

Para lograr una inclusión social de las personas con esta patología, se articulan estos dos niveles a estudiar y analizar (Rodríguez, 1988: 17):

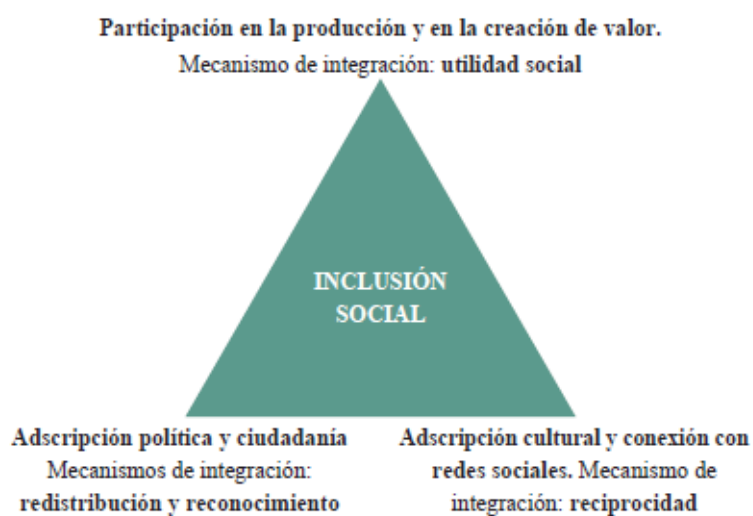
1. Sesiones de formación o diversas actividades con el último fin de la normalización de los colectivos de personas con trastornos adictivos.
2. Estudio de los programas y actividades de integración y su eficacia en una sociedad estereotipada frente al consumo de estupefacientes y sus consecuencias sociales.

A su vez, la inclusión social de una persona con trastornos adictivos va a necesitar que los/las profesionales que la traten lo hagan de manera integral y aborden los temas relevantes a nivel social y de salud. También es muy importante, que los/las profesionales del Trabajo Social sanitario entre otros/as, hagan una intervención social comunitaria (Torres, 2011: 15).

Siguiendo con este hilo de estudio, es preciso afirmar que la sociedad tiene que seguir realizando un proceso de profundización del conocimiento sociológico del mundo de las drogas y las consecuencias de éstas, ya que aún hay que traspasar algunas barreras que arrastramos desde hace años e impiden que las personas con trastornos adictivos se sientan incluidas de nuevo en la sociedad (Rodríguez, 1988: 39-40).

Asimismo, el trabajo social sanitario tiene como objetivos principales la desintoxicación, la deshabituación, la disminución de riesgos, la reducción de daños y el aumento del bienestar de la persona con trastorno adictivo atendida, siendo la inclusión social el fin último del proceso realizado (Bermejo *et al.*, 2012: 15).

La inclusión social va ligada a tres ejes fundamentales que se retroalimentan entre sí y se encuentran reflejados de esta manera (Subirats *et al.*, 2004: 15):

Figura 1: Los pilares de la inclusión social

Fuente: Subirats *et al.*, 2004: 15

3.4. Estigmatización de las personas con enfermedad mental

Según Muñoz *et al.*, (2009: 12), citando a Goffman (1963) se entiende por estigma como un *“atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo”*. En términos del Trabajo Social sanitario, es comprendido para indicar que los trastornos adictivos de sustancias y otros trastornos de salud mental estimulan prejuicios en la sociedad (Muñoz *et al.*, 2009).

En muchas ocasiones, se realiza un juicio moral y se culpa a la persona de lo que le ocurre, viendo a la persona como peligrosa. En este caso, si se culpa a alguien de lo que le sucede, se activan los prejuicios, y en vez de tratar de ayudarlo se suele reaccionar con rabia/impotencia. Desde el punto de vista de los/las pacientes, si estos/as llegan a la conclusión de que son responsables de su enfermedad, tratarán de no buscar ayuda, agravando aún más sus problemáticas. Asimismo, algunos estudios han determinado que el origen del estigma es la interrelación del entorno social y la etiqueta que este pone a la persona con la enfermedad mental (Uribe *et al.*, 2007: 209). También, el estigma puede llegar a ser entendido como la situación psico-sociológica por la que atraviesa un individuo, el cual tiene una serie de características que pueden llegar a generar rechazo y discriminación por parte de la sociedad. También resulta preciso no olvidar que el estigma también lleva consigo la expectativa de que el individuo cumpla una serie de expectativas sobre el comportamiento. De

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

este modo, la persona con trastorno adictivo no solamente va a ser perceptora de discriminación y devaluación, sino que también se confronta a situaciones de vigilancia por parte de la sociedad (González *et al.*; 2008: 219).

De hecho, resulta importante no individualizar los problemas que pueda tener una persona, ya que fomenta prejuicios hacia la persona al verla como menos capaz que el resto de la sociedad. Es muy importante esto porque se puede llegar a contribuir de manera indirecta a etiquetar personas o zonas completas como “malas”. Por ello, resulta interesante tener la visión de los problemas sociales y personales como una interacción entre las personas y los sistemas, para así no culpabilizar al individuo (Smale *et al.*, 2003: 100).

Muchas personas que se encuentran estigmatizadas por la sociedad intentan pasar por alto su “diferencia” con el resto de personas que forman una comunidad, como si su particularidad no fuera objeto de una atención especial. También hay personas estigmatizadas que no poseen los patrones que ocasionan el etiquetado al instante, por lo tanto, este tipo de personas no se encuentran desacreditadas, pero son desacreditables, ya que reúnen las características para ser estigmatizadas por la sociedad (Goffman, 2009: 61).

3.4.1. Manifestación del estigma

En la sociedad en la que vivimos, el estigma se encuentra presente en tres comportamientos expresados por la sociedad, los cuales son: estereotipos, prejuicios y discriminación. Dichos comportamientos van a ser explicados de manera cronológica, es decir, cómo la sociedad aprende unos conocimientos, los refleja en unas emociones y finalmente los transmite en unos comportamientos discriminatorios hacia personas que tienen patologías duales o trastornos adictivos. En primer lugar, se encuentran los estereotipos, los cuales son una configuración de diferentes conocimientos transmitidos por la sociedad y racionalizados por la persona que explican y/o detallan las características que conforma un grupo de personas (personas con enfermedad mental). A pesar de todo esto, que una persona tenga interiorizado un estereotipo no quiere decir que lo comparta, por lo que no lo lleva al siguiente nivel, que es reflejar emociones negativas, lo cual nos lleva a los prejuicios. En segundo lugar, se encuentran

los prejuicios sociales, los cuales son las emociones transmitidas por parte de las personas en forma de posturas o valoraciones. Por último, los prejuicios nos pueden llevar a la discriminación de las personas con enfermedad mental, realizando una serie de comportamientos con el fin de rechazar a las personas que tienen una enfermedad mental situándolas en una situación de exclusión social (Muñoz *et al.*, 2009: 13).

Para no caer en estas valoraciones negativas, las personas deben manejar de manera adecuada la información que se tiene acerca de la deficiencia de los individuos objeto de estigmatización (Goffman, 2009: 61).

La justificación de estos hechos por parte de las personas que los realizan viene reflejado en diversos estereotipos que la sociedad tiene sobre las personas con enfermedad mental, algunos de ellos son (Muñoz *et al.*, 2009: 13):

- Peligrosidad.
- Violencia de estas personas.
- La culpabilidad de estas personas por tener la enfermedad y no haber querido terminar con ella.
- Incompetencia para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.
- Escaso aseo.
- El miedo a la patología mental que poseen.

Muchas veces, cuando se activan los prejuicios, estos estereotipos pueden llegar a transmitir un cierto miedo o desconfianza por parte de la sociedad a juntarse o incluso coincidir en el autobús con personas con esta patología. Posteriormente, las diversas discriminaciones que se pueden dar, repercuten de manera negativa en las personas que sufren la patología, lo cual se puede ver reflejado en cuantiosas dificultades para poder rehacer su vida en diferentes ámbitos, lo que por norma general suele dar lugar a situaciones de exclusión social (Muñoz *et al.*, 2009: 13).

3.4.2. Consecuencias del estigma

El proceso que lleva a cabo la estigmatización no solamente puede llevar a una persona a una situación de exclusión social, como he comentado anteriormente, sino

que también puede dar lugar a riesgos psicológicos derivados de la exclusión social, privando de esta manera a las personas que lo sufren de diferentes oportunidades vitales para rehacer su vida. Dichos riesgos psicológicos son (Muñoz *et al.*, 2009: 13-14):

- Conductas auto-excluyentes.
- Dificultades cognitivas.
- Comportamientos auto-punitivos.

En muchas ocasiones, las personas objeto de estigmatización llevan a cabo diferentes tipos de técnicas de control de la información para que las personas no les etiqueten. Asimismo, las personas con trastornos adictivos, han desempeñado a lo largo de los años diferentes tipos de técnicas, como señala Goffman (2009: 119) *“[Acerca de una campaña contra las drogas llevada a cabo en Nueva Orleans.] Los policías comenzaron a detener a los adictos en la calle, y a examinar sus brazos en busca de marcas de aguja. Si las encontraban, obligaban al adicto a firmar una declaración admitiendo su condición, a fin de que pudieran imputárselo bajo la «ley de drogadictos». Se les prometía una sentencia en suspenso si se confesaban culpables, y ponían en funcionamiento la nueva ley. Los adictos escudriñaban sus cuerpos buscando venas donde pinchar fuera del área del brazo. Si la ley no hallaba señales en un hombre, por lo general lo dejaban en libertad. Si las descubrían, lo retenían durante setenta y dos horas, y trataban de que firmara una declaración”*.

3.4.3. Percepción de la enfermedad mental por parte de la sociedad

Por norma general, la sociedad percibe que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro indicios que ocasionan una respuesta estigmatizadora (Muñoz *et al.*, 2009: 14):

- Manifestaciones psiquiátricas: conductas raras, déficit en el lenguaje...
- Pocas habilidades sociales: lenguaje corporal, escasos temas para hablar...
- Aspecto físico: vestimenta, higiene...
- Etiquetas que sufren las personas con enfermedad mental.

Los anteriores indicios pueden variar por diversas circunstancias, ya que los tres primeros indicios pueden dar lugar a falsos positivos, es decir, personas que no tienen una enfermedad mental pero siguen ese patrón. Por lo tanto, es conveniente priorizar el cuarto indicio, ya que la sociedad puede llegar a etiquetar a una persona por su patología a pesar de que no se den ninguno de los tres primeros indicios, lo cual puede llegar a ser perjudicial para el tratamiento de la enfermedad mental dando lugar a un aumento del curso de la enfermedad mental precipitando algunos síntomas o actuaciones de ésta. Las maneras por la cual una persona puede ser etiquetada son variadas, las más comunes son (Muñoz *et al.*, 2009: 14):

- Por atribución por parte de la sociedad.
- Por auto-asignación.
- Por vinculación (ver salir a la persona de un centro de deshabitación).

En este punto, es importante hablar de la visibilidad o perceptibilidad, ya que es un factor decisivo sobre las problemáticas que tienen las personas con trastornos adictivos. Es importante lo que comenta la sociedad acerca del individuo estigmatizado, ya que si quiere “presentarse” a la sociedad tendrá que tener en cuenta lo que se piensa acerca de su particularidad. El término de visibilidad hay que diferenciarlo a su vez de tres nociones distintas. En primer lugar, hay que diferenciar la visibilidad de un estigma del conocimiento de este. En segundo lugar, hay que diferenciar la visibilidad de la imposición por la fuerza, ya que si una persona tiene un estigma perceptible puede interferir en la relación que se establezca. Por último, hay que separar la visibilidad de las situaciones que son el foco de atención del estigma, es decir, no relacionarlo con la esfera en la que se observa a la persona estigmatiza, puesto que verlo en un centro de salud mental puede inducir directamente a diferentes prejuicios (Goffman, 2009: 69-70).

3.4.4. Tipos de estigma

Resulta enriquecedor diferenciar el estigma en dos partes: el auto-estigma y el estigma público. En cuanto al auto-estigma se manifiesta en las personas con enfermedad mental de diversas maneras. Muchas personas con enfermedad mental, con tal de no ser asociadas a los estereotipos de ésta, no se dejan ayudar por profesionales, ya que

tienen temor de ser etiquetados y minusvalorados socialmente. También muchas veces la persona puede llegar a asimilar los estereotipos de la enfermedad antes que ésta sea diagnosticada por profesionales, lo cual se denomina estigma percibido, que es atribuido por suposiciones que una persona tiene acerca de la discriminación que percibirá por el hecho de poseer una enfermedad mental. Por otro lado, el estigma público hace referencia a la aceptación por la persona del estereotipo ligado a la enfermedad mental que posee, lo que produce actitudes relacionadas con auto-prejuicios que hacen que la persona no pueda avanzar, por lo que se estanca en pensamientos que le anulan. En este contexto, la familia o los profesionales que trabajan con personas que tienen una enfermedad mental sufren asimismo, el estigma por asociación (Muñoz *et al.*, 2009: 14-15). Por lo tanto, el estigma trata de un proceso que no es específico de la persona, ya que se trata de una interacción entre el entorno social y el individuo (Uribe *et al.*, 2007: 209).

4. RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

Para dar sentido a la información que se ha ido recogiendo a lo largo del marco teórico se han recopilado diversos datos a través de diferentes técnicas para poder plasmar de manera correcta el estudio y/o análisis de los resultados logrados. La información que se expone en este apartado ha sido estudiada de forma subjetiva reflejando las sensaciones que han sido percibidas en las entrevistas u otras técnicas mediante la comunicación no verbal y otros tipos de percepciones. También se han analizado los resultados derivados de las diferentes técnicas utilizadas mezclándolos entre sí para enriquecer la información obtenida.

Los siguientes epígrafes se van a dividir en dos partes para poder analizar la información de la mejor manera. Por un lado, se van a analizar tanto los diagnósticos sociales como los clínicos dividiéndolos por géneros y por otro lado, se van a estudiar las necesidades primarias que se utilizan para elaborar los diagnósticos sociales. El estudio de estas necesidades va a ser de toda la muestra de personas que ha sido escogida, para así poder realizar las comparaciones según su género de una mejor manera.

4.1. Exclusión social en pacientes del HDZ

La elaboración de un diagnóstico social a cada paciente del HDZ ha brindado una visión integral y particular de cada persona y género. Además, con la elaboración de este, se ha podido observar la comorbilidad del trastorno adictivo con otras patologías de salud mental descritas en el apartado 3.2.

En el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996), se establecen 11 áreas de necesidad diferentes, siendo: información, habilidades sociales, autonomía, relación convivencial, organización de la unidad convivencial, recursos económicos, trabajo, formación/educación, vivienda, participación social y aceptación social. Además, estas áreas se puntúan según su grado de afectación en la persona en tres variables: adecuada, deficitaria y muy deficitaria. Por lo tanto, se van a proceder a analizar/estudiar estas necesidades básicas para corroborar o desmentir las hipótesis de partida.

Por un lado, los diagnósticos sociales van a poder ser utilizados para visualizar de una manera más correcta las situaciones de exclusión social a las que se enfrentan las personas con trastornos adictivos, aunque posteriormente se procederá a analizar cada necesidad básica para estudiar más profundamente cuáles tienen más afectación y llevan a situaciones de exclusión social.

De manera comparativa, se puede observar con claridad que las mujeres sufren menos las situaciones de exclusión social más severas, ya que el 43% de ellas tiene diagnosticada una situación de exclusión social grave, mientras que el 56% de los varones presenta una situación de exclusión social grave. Además, resulta muy significativo que de todos los pacientes que han sido estudiados, solamente haya una persona en situación social adecuada, y, además, sea mujer. De la misma manera, se puede contemplar que la situación de exclusión social moderada es la menos diagnosticada, siendo un 19% en hombres y ningún caso en mujeres. Esto conlleva a una polarización de los grados de exclusión llevando a una escala de “blancos y negros” con la escasa aparición de grises.

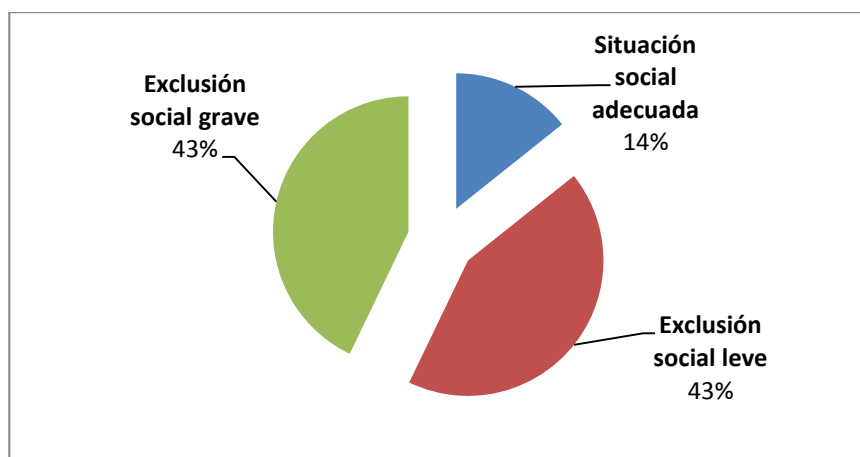
De tal manera, el 96% de personas analizadas se encuentran en situación de exclusión social. Por otro lado, es muy característico que el 70% de pacientes sean varones, esto nos lleva a planteamientos que estudian el género de la exclusión social, siendo en este caso el masculino el más predominante. Por lo que se ha estudiado, la diferencia de la media de edad entre hombres y mujeres en situación de exclusión social es solamente de 1'8 años.

En primer lugar, el diagnóstico social del género masculino resulta muy significativo, ya que afirma que la mayoría de personas que tienen trastornos adictivos de sustancias se encuentran en situación de exclusión social grave. Además, es muy característico que todos los hombres a los que se les ha realizado el diagnóstico social presentan un grado de exclusión social.

Gráfico 1: Diagnóstico social de los hombres

Fuente: Elaboración propia.

En segundo lugar, respecto al diagnóstico social de las mujeres se puede observar una clara polarización, ya que hay un 43% de mujeres en el peor grado de exclusión social y otro 43% en el menor grado de exclusión social. Además, se puede observar que no hay ningún perfil de mujer en situación de exclusión social moderada. También es muy relevante que un 14% de ellas se encuentran en una situación social adecuada.

Gráfico 2: Diagnóstico social de las mujeres

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, aunque el diagnóstico clínico no es estrictamente social, sí es verdad que nos va a ayudar a ampliar la visión y poder entender o interpretar diversas cuestiones con más conocimiento. Esto se debe a las diferentes situaciones de estigmatización

que sufren estas personas, ya que como señala Muñoz *et al.*, (2009) estas personas suelen estar identificadas en la comunidad en la que viven y se les examina sus comportamientos llevando a cabo una serie de etiquetas que producen una brecha entre la sociedad y las personas con enfermedad mental.

Además, como expresa la trabajadora social de Zuria, las personas con patología dual se encuentran más predispuestas a sufrir procesos de estigmatización, dificultando a su vez los procesos de inclusión social:

“Trastorno dual sin duda. Porque tienen que enfrentar dos problemas estigmatizantes, por un lado el trastorno adictivos y por otro la enfermedad mental”. (Entrevistada I).

A pesar de esto, la educadora social de Zuria realiza otra lectura, ya que para ella las personas con trastornos adictivos de sustancias pueden sufrir mayores niveles de estigmatización porque la sociedad tiende a culparles de que consuman:

“Yo creo que no porque siempre va a primar para la gente que lo va a evaluar de fuera o un cosa u otra. Yo creo más que los que tienen trastorno adictivo de sustancias porque el consumo todavía que la sociedad arrastra esa idea de culpabilizar, mientras que la enfermedad mental normalmente no considera que te la hayas ganado”. (Entrevistada II).

Contrastando los datos obtenidos en los diagnósticos clínicos, nos encontramos con escasas diferencias entre los dos sexos. Por lo tanto, se puede afirmar que tanto los trastornos duales como los trastornos adictivos repercuten de la misma manera en el sexo femenino como en el masculino. Asimismo, estas personas tienen un peso porcentual del 43% del total de personas estudiadas en el HDZ, por lo que a pesar de que no son mayoría, es significativa la relación existente entre padecer trastornos adictivos de sustancias y otra patología de salud mental. Cuando se dan estas circunstancias, es necesario ser conscientes de las particularidades de este colectivo de personas, por lo que resulta imprescindible realizar la intervención teniendo en cuenta sus singularidades para poder realizar un trabajo integral y adecuado.

Tal y como se comenta anteriormente, existe un gran número de personas que acuden al HDZ diagnosticados con patología dual. De este modo, de un universo de 23 personas de una muestra de enero-abril de 2019 se denotan 10 personas con patología dual. Asimismo, segregando esta información según el sexo, 7 (70%) de estas son hombres y 3 (30%) de estas mujeres.

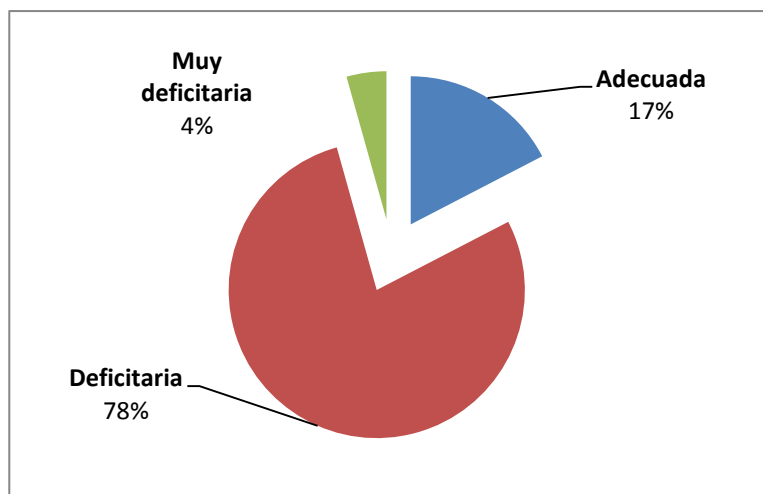
A continuación, se va a analizar las diferentes incidencias que las personas con trastornos adictivos de sustancias tienen en diferentes áreas de necesidades básicas y, que les llevan a las diferentes situaciones de exclusión social explicadas anteriormente. Asimismo, se van a encontrar divididos los diferentes puntos en información, habilidades sociales, autonomía, relación convivencial, vivienda, organización de la unidad convivencial, recursos económicos, laboral, formativo, participación social y afectación social (participación social y aceptación social). También se procederá a separar cuando proceda la información según el género para analizar qué necesidades tienen más afectación en las personas con trastornos adictivos de sustancias.

4.2. Información

Como se puede observar en el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 15), esta área hace referencia al conocimiento de la persona de los diferentes sistemas públicos. En el caso de que no los conozca, se analiza la posibilidad que tiene la persona de dirigirse a una fuente de información fidedigna para indagar acerca de esto.

La mayoría de personas que tienen afectación en esta área se sitúan como deficitaria, ya que es el 78% del total de las personas estudiadas, mientras que el 17% la tiene como adecuada y el 4% como muy deficitaria. Debido a la compleja variedad de recursos existentes en Salud Mental, muchas personas no los saben diferenciar de forma adecuada, por lo que son informados de las características de estos mediante fuentes fiables.

Gráfico 4: Situación en el área de información en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

En las entrevistas realizadas a profesionales del centro he podido contemplar que sí saben a dónde vienen porque saben que son consumidores de sustancias, pero muy de manera general, ya que no saben qué se realiza en los centros ni cómo se va a plantear su estancia en Zuria:

“Pues suelen saber muy poca información, saben que se les deriva a este servicio pero vienen muy pocos con información sobre los servicios que ofrecemos”. (Entrevistada I).

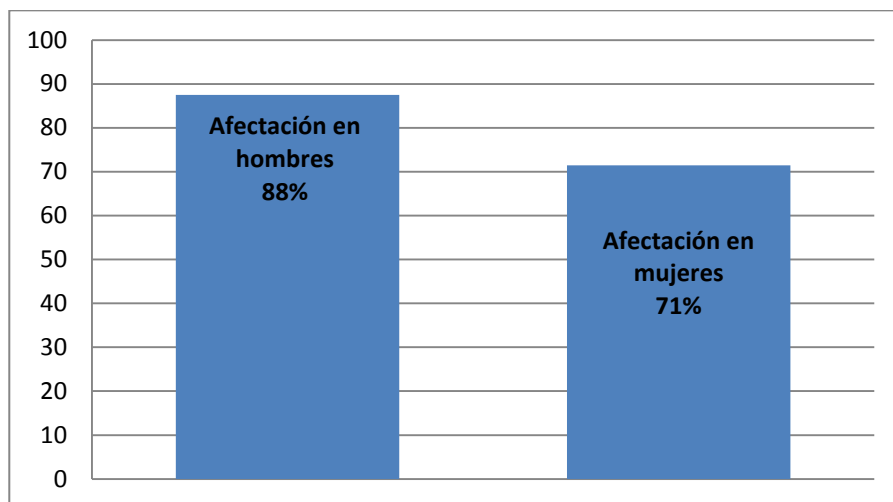
“Básicamente las actividades no, creo que saben la mayoría de ellos que vienen a un centro de drogodependencias porque evidentemente saben que son consumidores de la sustancia que sea y vienen a hacerse unos tratamientos, como ellos dicen a curarse, pero creo que no son conscientes y pocas veces se les ha explicado el contenido del centro, las actividades del día a día”. (Entrevistada II).

“Pues no estoy segura porque en realidad él...eh...sabe dónde están los sitios a los que tiene que acudir, pero cuando le da...eso”. (Entrevistada IV).

Separando la información obtenida por género, se puede observar que esta necesidad genera más afectación en los hombres, ya que el 88% de ellos la tienen como

deficitaria o muy deficitaria, mientras que el 71% de mujeres denotan afectación⁴ en esta área.

Gráfico 5: Afectación en el área de información dividida según el género



Fuente: Elaboración propia.

4.3. Habilidades sociales

Según el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 16), esta necesidad básica hace referencia a la capacidad que tiene una persona de transmitir sentimientos, mantener una conversación, resolución de conflictos etc. Las habilidades sociales tienen una gran importancia a la hora de llevar a cabo procesos de inclusión social, ya que una persona que tiene escasas habilidades sociales tiende a relacionarse menos y de forma menos adecuada, por lo que puede llevarla a situaciones difíciles para su día a día. Por otro lado, tener la capacidad de contestar a otra persona de manera asertiva resulta muy enriquecedor ya que ayuda al entendimiento de una conversación.

Por la entrevista realizada a la trabajadora social de Zuria he podido contrastar los datos que había obtenido mediante la técnica cuantitativa, ya que muchos de los/las pacientes que acuden al centro tienen carencias en esta área, puesto que no suelen manifestar sus sentimientos de forma adecuada. Por ello, en algunas sesiones se

⁴ Deficitaria o muy deficitaria.

trabaja la comunicación asertiva y la diferencia de esta de otros tipos de comunicación, como la agresiva:

“Bueno, pues normalmente no, suele ser un área en la que suelen tener problemas, aunque eso no significa que no manifiesten sus sentimientos, ya que lo pueden hacer, pero otra cosa es que lo hagan de forma adecuada o inadecuada. Pues normalmente no suelen hacerlo muy bien, por eso aquí se trabaja toda el área de habilidades sociales como un grupo psicoterapéutico especial”. (Entrevistada I).

Asimismo, la entrevista realizada a la paciente y al familiar con respecto a esta área, refleja que de manera frecuente tienen conversaciones acaloradas con otras personas debido según estas a sus temperamentos. Por otro lado, comentan la dificultad que tienen a la hora de mantener una comunicación asertiva:

“Sí, porque tengo un temperamento pues... que... cuando...no sé... eso supongo que es más personal... pues...cuando hablo me acaloro porque sí... Uff...eso es muy difícil de hacer, sobre todo cuando por ejemplo te llevas muy mal con tu padre y estás de “rifi rafe” desde que naciste”. (Entrevistada III).

“Pues yo creo que no...le respondería mal, porque a veces contesta....yo le veo que se altera, que se altera de tal forma que no domina la propia fuerza de cómo expresarse...se altera mucho...pierde los papeles...a veces incluso si empieza riñendo por una cosa...termina diciendo otras cosas que no tenían nada que ver con lo que era al principio”. (Entrevistada IV).

En este contexto, la educadora social del centro establece una diferencia entre las mujeres y los hombres a la hora de expresar sus sentimientos, puesto que estas según ella, son más propensas a ello.

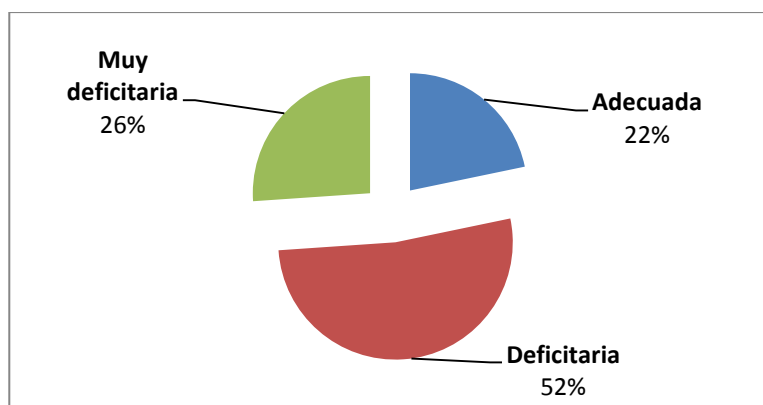
“Las mujeres en este centro en la mayoría de las actividades expresan mucho más sus sentimientos, tienen otra manera de relacionarse y de hecho los educadores comentamos que cuando hay mayor número de mujeres o hay mujeres dentro del grupo...el trabajo, los comentarios...la dinámica del grupo es más viva”. (Entrevistada II).

A pesar de esto, según la entrevista realizada a una paciente, se percibe cierta dificultad a la hora de reflejar toda clase de sentimientos, puesto que tiende a guardarse en su interior los que le producen insatisfacción:

“Yo siempre expreso mis sentimientos y sobre todo los buenos y los malos También pero hay muchas veces que me da miedo hacer daño y los malos me salen pero tarde, o sea igual una “judiada” que hizo mi hermana conmigo por ejemplo cuando mi hermana bebía igual se la conté a mi madre a los cinco años de haberse muerto mi hermana...” (Entrevistada III).

La mayoría de personas que denotan cierta afectación en esta área la sitúan como deficitaria siendo el 52% del total. Por otro lado, en cuanto a los dos extremos de afectación (adecuada y muy deficitaria), se encuentra repartida la cantidad porcentual de manera parecida, ya que como adecuada lo representan un 22% de las personas, mientras como muy deficitaria un 26% de personas.

Gráfico 6: Situación en el área de habilidades sociales en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

Además, gracias a las entrevistas realizadas, he podido analizar que muchas de las personas no tienen una buena capacidad para adaptarse a situaciones nuevas que no tenían previstas:

“Pues habitualmente no saben adaptarse a nuevas circunstancias, se quedan desconcertados”. (Entrevistada I).

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

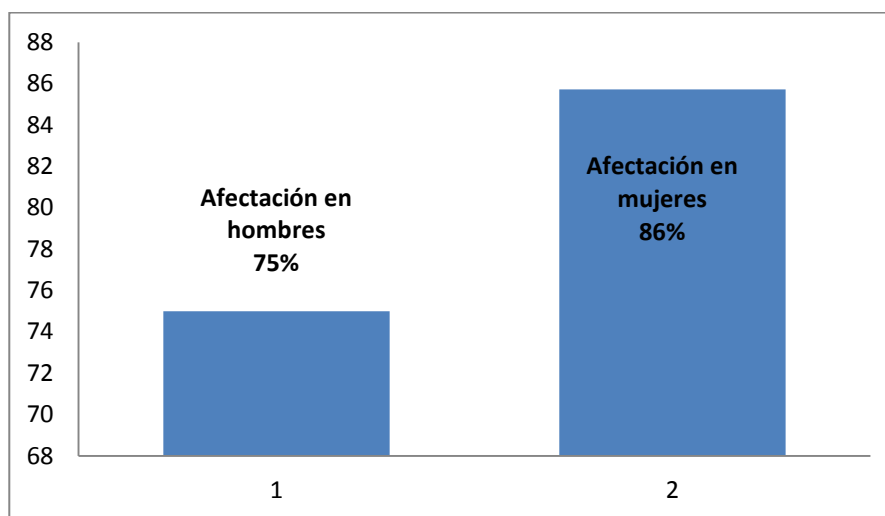
“Pues sí tengo dificultad, eso es lo que me está pareciendo”. (Entrevistada III).

A pesar de esto, otra profesional del centro a la misma pregunta contesta una cosa diferente. Esto se debe a que quizás cambie la actitud de estas personas según la actividad que realicen:

“Bueno, como en todo hay de todo, pero la mayoría al principio pregunta el por qué... alguna queja porque esa actividad es la que les gusta... igual al principio hay un poco de desconcierto, pero bueno eso dura 3 minutos, se adaptan”. (Entrevistada II).

Dividiendo la información obtenida según su género, podemos observar que las mujeres sufren más esta necesidad básica, ya que el 86% del total de las mujeres tienen esta área con algún tipo de afectación, mientras que el 75% de los varones también tienen esta área con afectación.

Gráfico 7: Afectación en el área de habilidades sociales dividida según el género



Fuente: Elaboración propia.

4.4. Autonomía

En cuanto al área de autonomía, según el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 17), se realiza un análisis sobre la disminución (leve, grave o total) y la no disminución de la autonomía física o psíquica. Además, esta necesidad se valora mucho si la persona necesita el apoyo de terceras personas para

llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, asimismo, se estudia si necesita tratamientos especiales como los que se llevan a cabo en el HDZ.

Al llevar a cabo las entrevistas, he podido contemplar que muchas de estas personas tienen tal deterioro que es necesario realizar un acompañamiento social para llevar a cabo funciones de la vida diaria o gestiones, porque como se estudiará posteriormente suelen tener graves problemas en este aspecto:

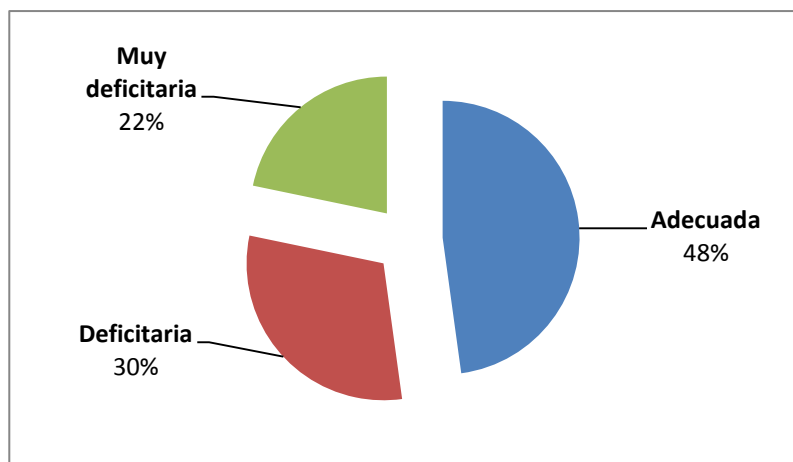
“Necesitan un apoyo y acompañamiento social prácticamente todos. Es que normalmente cuando vienen aquí vienen ya después de haber pasado por un montón de servicios de atención, como servicios sociales, servicios sanitarios... vienen ya con un deterioro importante”. (Entrevistada I).

“Pues hay una serie de áreas que desde luego no. Pues la autonomía en plan de planificar adecuadamente su día a día, con la economía (estos recursos son los que yo tengo y los tengo que dividir para mis gastos si o si y luego para el resto de mis actividades)...ahí tienen dificultades, También mucho tienen problemas en tomarse la medicación por su cuenta, se les olvida, no me apetece, se la toman más tarde que cuando se les indica... hay bastantes áreas que las tienen tocadas”. (Entrevistada II).

“Por supuesto, pues porque todo es color de rosa de repente y no es por la medicación, o sea era el deje de los consumos y ahora... o sea...”. (Entrevistada III).

La mayoría de personas que acuden al HDZ presentan afectación en esta necesidad, ya que son un 52% del total. Por un lado, la presentan como muy deficitaria un 22% de personas y como deficitaria un 30% de personas. También hay un 48% de personas que no presentan afectación en esta necesidad.

Gráfico 8: Situación en el área de autonomía en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

También según refieren las profesionales de Zuria, estas personas son perceptoras necesariamente de tratamientos de especialistas de la salud mental, puesto que es una enfermedad crónica y lo que se busca es mantener una abstinencia lo más prolongada posible para así lograr una estabilidad:

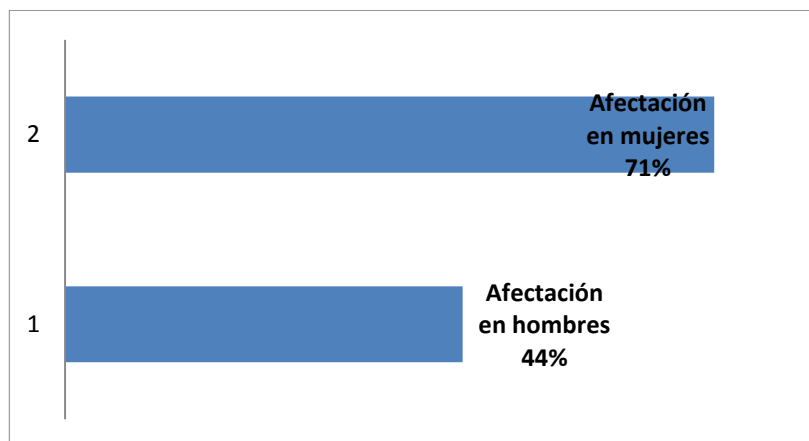
“Sí, necesitan tratamientos de especialistas de Salud Mental porque hablamos de una enfermedad que es crónica, entonces bueno ya partiendo de que son pacientes que no se van a curar nunca, para mantener estabilidad a lo largo del tiempo necesitan supervisión, igual no tanto de este centro, pero sí de los centro de salud mental”. (Entrevistada I).

“Sin duda que sí. Incluso tenía que ser en el tiempo más prolongada, y muchos de ellos necesitarían un educador que les acompañara en la planificación de su día a día, de organizar su alimentación, medicación...necesitarían una supervisión directa y que permaneciera en el tiempo, ya que en muchos de ellos tendría que permanecer a los largo de toda su vida”. (Entrevistada II).

Asimismo, es conveniente dividir la información según su género puesto que la mayoría de mujeres tienen afectación en esta área, siendo un 71% del total de mujeres. Además, es significativo que el 44% de hombres tengan afectación en esta

área, ya que eso significa que la mayoría de hombres, un 56%, presenta esta necesidad como adecuada.

Gráfico 9: Afectación en el área de autonomía dividida según el género



Fuente: Elaboración propia.

4.5. Relación convivencial

Esta área según el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 18), trata de estudiar/analizar las relaciones familiares que establecen las personas en el caso de tener familia.

Asimismo, muchas unidades familiares de los pacientes de Zuria se caracterizan por ser disfuncionales o desestructuradas, lo que conlleva a ciertas problemáticas que no ayudan a las diferentes patologías que tienen:

“Pues hay de todo, en general en un porcentaje muy alto vienen de familias con problemas previos de adicción en otros miembros de la familia y con problemáticas importantes a otros niveles. La problemática más habitual viene derivada de la adicción, en un porcentaje grande sí; familias rotas, disfuncionales, desestructuradas...”. (Entrevistada I).

De esta manera, debido a diversas entrevistas realizadas, se contemplan unas relaciones familiares problemáticas. Además, según la entrevista realizada a la paciente, se percibe una cierta disfuncionalidad porque parece que ejerce el rol de cuidadora sin que esto sea necesario:

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

“Buff...pues es que ahora difícil porque el médico de mi madre me la ha dejado en una vitrina ahí...y mi padre me llevo muy mal con él pero lo quiero muchísimo eeh y él a mí también pero lo que pasa es que rozamos mucho. Yo culpo a su ansiedad porque se pone nervioso y actúa como no debe y a mí eso pues me echa para atrás y lo intento remendar como puedo, osea, parezco la madre de mi padre, él va cagando y yo voy cogiendo la mierdecilla [...] Porque parece que mi padre cada vez se está dejando como no sé...muy bien explicarlo...antes todo el rato me controlaba un montón y ahora parece que le estoy educando para que me deje un poco en paz, que sus formas no son tampoco las correctas que aunque no le gusten las mías porque yo que sé...”. (Entrevistada III).

“Bueno, a veces, no siempre porque siempre está ocupado, siempre se cree que lo de él es lo primero y la verdad que no participa nada en casa...y si le digo algo...bua... a veces se pone...entonces yo casi prefiero no decirle nada”. (Entrevistada IV).

“Pues hay de todo, sí... y bueno coincide muchas veces que son familias desestructuradas, disfuncionales, inmigrantes... [...] Pues un consumo y normalmente de tantos años pues provoca muchos conflictos familiares y sí, suele estar por lo menos con varios elementos de la familia tocados. Siempre hay personas que les protegen más, pero bueno, en general les ha afectado a todo el mundo”. (Entrevistada II).

Por otro lado, la trabajadora social de Zuria y la familiar establecen la diferencia que hay en la relación familiar desde la irrupción de la enfermedad mental:

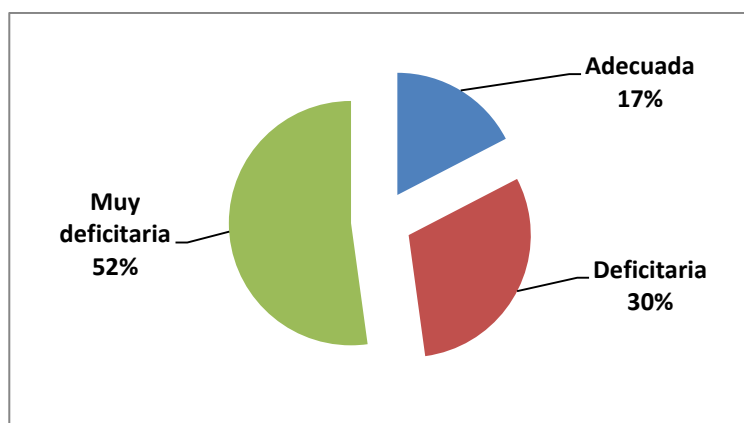
“Sí, sin duda”. (Entrevistada I).

“No, yo creo que es distinta...porque antes pues quizás podría ser cuando estaba empezando que...tenía sus momentos que tenía buenos momentos en casa...en cambio ahora es que...”. (Entrevistada IV).

Tiene un peso notorio la afectación en esta área, ya que trata de un 82% del total de personas, por un lado el 52% de estas la tiene como muy deficitaria y el 30% de estas

la tiene como deficitaria. Solamente el 17% del total de personas estudiadas no denota ningún tipo de afectación en esta área.

Gráfico 10: Situación en el área de relación convivencial en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la afectación según el género, el 86% de las mujeres denota algún tipo de afectación mientras que el 81% de los varones tiene a su vez algún tipo de afectación. Se puede afirmar que esta área resulta muy deteriorada en los dos géneros, pero como la diferencia entre ambos es mínima, un 5%, no se ve conveniente desarrollar un gráfico para ello.

4.6. Vivienda

Según el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 23), esta necesidad básica se analiza teniendo en cuenta cuál es el tipo de vivienda que tiene la persona, su usufructo, condiciones etc. La vivienda es uno de los pilares para combatir la exclusión social, aunque como se va a estudiar, no garantiza que la persona que la tenga se encuentre en una situación social adecuada, pero sí es un requisito esencial para estar en una.

Por ello, la trabajadora social de Zuria establece que los problemas multidimensionales de la exclusión social conllevan a que las viviendas que tienen la mayoría de estas personas no sean adecuadas. Además, muchas de estas personas tienden a juntarse en pisos, lo que conlleva al establecimiento de relaciones tóxicas:

“Pues tampoco hay mucha distinción en relación al resto de personas que no tienen enfermedad mental, pero sí que es verdad que tienen más dificultades estos pacientes por la problemática de falta de trabajo, de falta de ingresos que impide que tengan un acceso más adecuado a la vivienda en cualquiera de sus vertientes”. (Entrevistada I).

“Habitualmente, sí. Tienden a juntarse con pares, con gente como ellos y si comparten piso pues lo más probable es que en el mismo piso haya varias personas con problemas de salud mental”. (Entrevistada I).

Asimismo, la educadora social de Zuria se centra más en los recursos que faltan en las viviendas para estas personas, para así conseguir una “normalización de sus vidas”:

“No, yo creo que son escasas y no porque no tengan accesos a vivienda en sí, sino una vivienda en la que ellos tengan un control, alguien que supervise, alguien que les ayude a esa “normalización de vida”. Eso es lo que yo creo que falta, recursos con personas que les ayude a vivir con normalidad”. (Entrevistada II).

Por otra parte, la paciente entrevistada describe su vivienda como lo mejor de su barrio, pero posteriormente analizaremos que debe de tener una mala organización de la casa. Por otro lado, se denota una clara degradación del barrio en el que reside que no ayuda para nada al diagnóstico que tiene:

“[...] Es que fíjate lo que me estabas preguntando, en ese barrio de mierda que está rodeado de camellos...de porros...de todo...pero entras a mi casa y dices...si parece que hemos cambiado de pueblo y de todo, es que es muy yo. [...] El barrio huele a hierba, está lleno de locales bajos a nivel del suelo y lleno de chavalería con...de verdad...mi barrio huele a hierba y no es de campo”. (Entrevistada III).

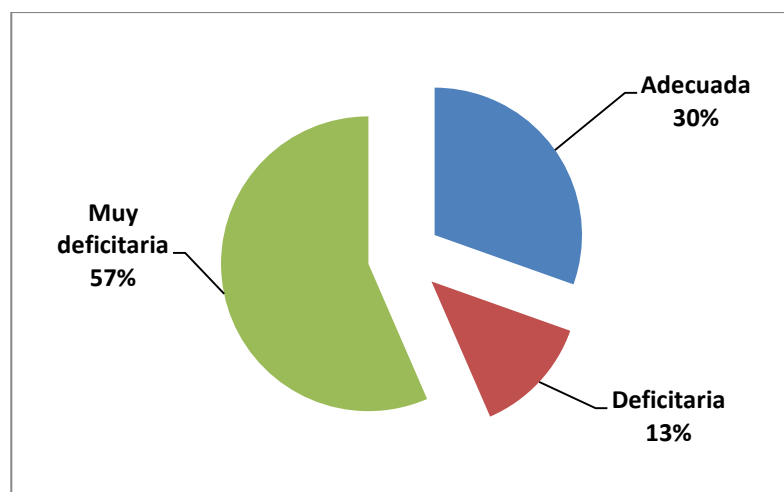
También, tanto la educadora social de Zuria como la familiar entrevistada detallan la importancia que tiene vivir en un medio adecuado, ya que si no es así puede repercutir de manera negativa a la Salud Mental de las personas con enfermedad mental:

“Es una parte fundamental. Sin duda, donde uno vive afecta, si vives en un medio que no está bien estructurado, que hay conflictos y tal, pues desde luego un problema de salud mental poco va a ayudar. Mientras que si tu entorno es relajado, organizado, que te ayuda, que te escucha, que está contigo... evidentemente afecta”. (Entrevistada II).

“Pues no sé, yo creo que mal, mal porque yo no sé cómo ayudarle...y él cuando está en casa está dejado...si le damos alguna ocupación no quiere”. (Entrevistada IV).

En su mayoría, el 70% de personas presentan afectación en esta área, siendo un 57% de estas personas como muy deficitaria y por otro lado un 13% como deficitaria. También un 30% de personas presentan esta área sin ningún tipo de afectación. En cuanto a los dos extremos (muy deficitaria y adecuada) se contempla la gráfica muy polarizada, ya que como se ha comentado, existe una gran diferencia porcentual.

Gráfico 11: Situación en el área de la vivienda en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



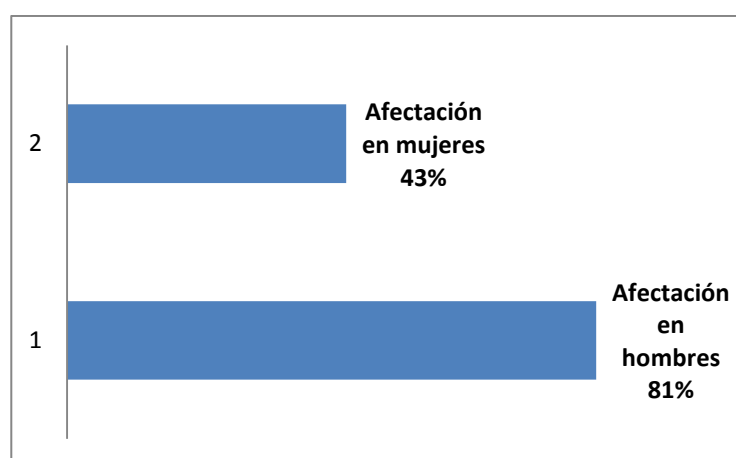
Fuente: Elaboración propia.

También la familiar entrevistada comenta que su hijo tiene problemáticas a la hora de alquilar una vivienda porque muchas veces por el aspecto que tiene se retractan y terminan por no alquirlársela:

“No, yo creo que tienen bastante limitado o nada...porque...simplemente si consiguen un piso y...ven el tipo de persona pues la verdad que los rechazan...yo es mi hijo pero igual...claro...al ser mi hijo lo aceptaría...pero también me daría miedo que me entrara un vecino así”. (Entrevistada IV).

Asimismo, si procedemos a dividir la información obtenida según el género, podemos observar una clara afectación en el género masculino, llegando a un total del 81% de varones, siendo solamente un 19% de varones los que tienen esta necesidad como adecuada. Por otro lado, es muy significativo el contraste que existe entre hombres y mujeres, ya que la mayoría de mujeres tienen esta área como adecuada, siendo solamente un 43% de estas las que presentan algún tipo de afectación.

Gráfico 12: Afectación en el área de vivienda dividida según el género



Fuente: Elaboración propia.

4.7. Organización de la unidad convivencial

En este punto, según “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 19), se analiza la distribución de las tareas en diferentes aspectos, con especial incidencia en el ámbito del hogar. El correcto reparto de las tareas del hogar supone una adecuada organización y gestión del tiempo o recursos por parte de las personas, por lo que analizar este aspecto enriquece la visión integral que se tiene acerca de un individuo.

Como se va a mostrar posteriormente, la mayoría de las personas que acuden a este centro denotan afectación en esta área, por lo que los/las profesionales del centro

realizan actividades dirigidas a esta problemática. También debido a la patología que tienen, muchas de estas personas tienen dificultades a la hora de gestionarse el dinero, puesto que la mayor parte de este va dirigido al consumo:

“Intentamos cosas muy básicas, como el cuidado y el aseo personal, el cuidado y el aseo del entorno, el saber estar en una mesa, comer en condiciones, mejora de la situación física...cosas muy muy básicas. Pues porque muchas de estas personas o han perdido esas destrezas o no las han tenido nunca”. (Entrevistada I).

“Sí, de hecho es una parte de los objetivos y vamos, una vez a la semana ellos tienen que relatar qué han hecho y cómo lo han hecho y cómo está yendo esa situación. Evidentemente no vamos más allá, porque si alguien no lo está haciendo estamos nosotros para seguir hablando, tratar de ver esas necesidades de hacer las cosas bien...”. (Entrevistada II).

“Sí, sí, sí, desde que puse mal, desde que me puse mal no...uff...hay rincones que no los he vuelto a tocar nunca, osea me he ido de mi cuarto al cuarto de los invitados para no verlo...dije...bueno cuando me ponga bien ya entraré otra vez”. (Entrevistada III).

“Uuuuuuh, se puede imaginar...si quiere pasamos a verlo...pero vamos y luego encima no encuentra nada y me dice que a ver si se lo he cogido yo, lo que me faltaba”. (Entrevistada IV).

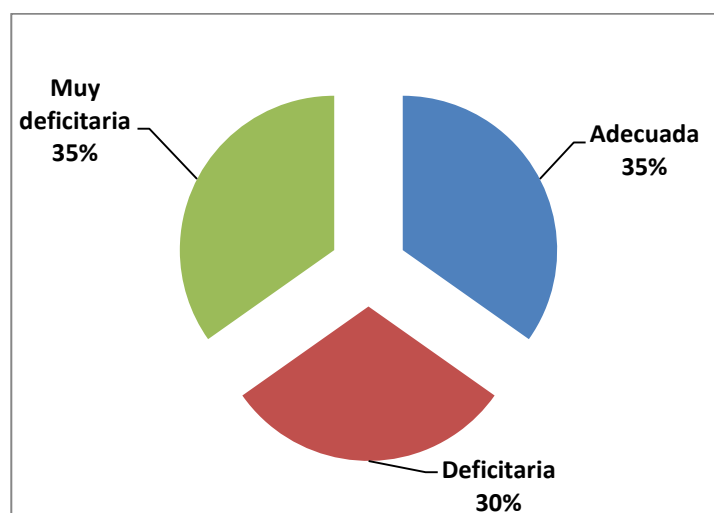
“No, la mayoría de las veces no. Porque el propio trastorno adictivo les lleva a que casi todo lo que ingresan lo gasten en consumo, entonces ya a partir de ahí es una bola”. (Entrevistada I).

“La mayoría de ellos tienen una gran problemática, suelen tener menos ingresos, con lo cual también les dificulta el que puedan cubrir todas las necesidades, pero con la parte que les queda no suele ser muy bien utilizada”. (Entrevistada II).

“Sabe Dios lo que hace con el dinero, porque algo le puedo dar yo, pero tampoco lo que él quisiera...pero no se le debe de dar porque entonces vamos...”. (Entrevistada IV).

De este modo, la mayoría de personas tienen esta área afectada de alguna manera, ya que son un 65% del total, siendo un 35% como muy deficitaria y un 30% como deficitaria. Del mismo modo, solamente hay un 35% de personas que tienen esta área como adecuada.

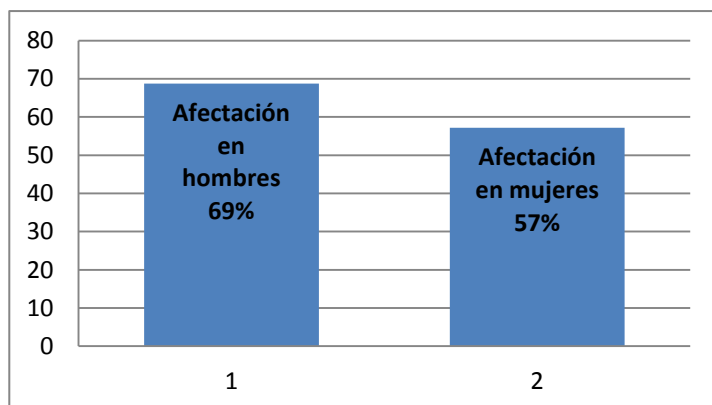
Gráfico 13: Situación en el área de la organización de la unidad convivencial en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

Separando la información anteriormente estudiada por género, descubrimos que los varones sufren de alguna manera más esta área, ya que un 69% de los hombres tienen afectada (deficitaria o muy deficitaria) esta área. Por otro lado, las mujeres denotan un 57% de afectación en esta área, siendo un 43% de mujeres que denotan esta área sin ningún tipo de afectación, lo que a pesar de que la mayoría de mujeres tienen afectación, refleja un mayor equilibrio que en el caso de los hombres.

Gráfico 14: Afectación en el área de la organización de la unidad convivencial dividida según el género



Fuente: Elaboración propia.

4.8. Recursos económicos

En este aspecto, es preciso señalar que tener esta área cubierta es imprescindible para lograr procesos de inclusión social. También hay que destacar que el hecho de recibir regularmente un salario no te inhibe de situaciones de exclusión social. De hecho, muchas personas que se encuentran en situación de exclusión social reciben mensualmente una cantidad de dinero, pero la patología que tienen le provoca la mala gestión del mismo ocasionando un déficit económico para la mayor parte del mes.

Asimismo, como señala la trabajadora social de Zuria, muchas de estas personas reciben ingresos, pero no son suficientes en muchos casos para satisfacer sus necesidades básicas:

“Pues cada vez con más frecuencia son pensiones contributivas de la seguridad social y prestaciones sociales. No”. (Entrevistada I).

Asimismo, la paciente comenta que solamente gasta lo que es necesario para sobrevivir, lo que indica que sus ingresos no resultan muy suficientes:

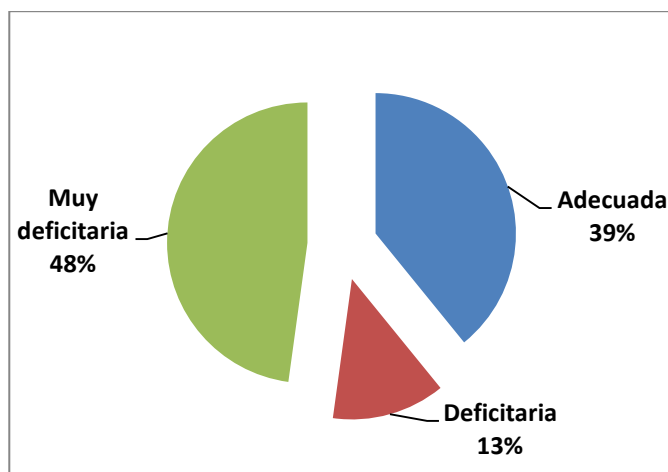
“Yo no yo no...yo lo que es necesario para sobrevivir”. (Entrevistada III).

De esta manera, la mayoría de personas tienen afectación en esta área, siendo un 61% del total, así que un 48% de personas la denotan como muy deficitaria y un 13% de personas la manifiestan como deficitaria. Existe una gran diferencia en el aspecto de la

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

afectación, por lo que hay una polarización entre las personas que tienen gran afectación y las personas que no tienen ningún tipo de afectación. Esto se debe porque se tienden a reunir la mayor parte de los porcentajes en los dos extremos (muy deficitaria y adecuada), dando lugar como adecuada un 39% de personas.

Gráfico 15: Situación en el área de los recursos económicos en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria

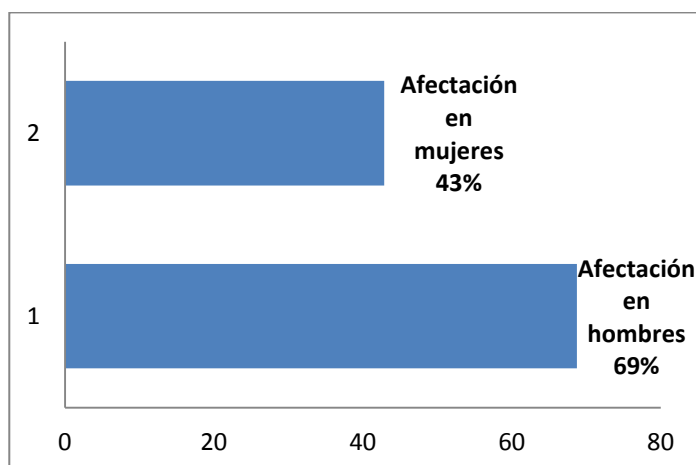


Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, la educadora social de Zuria realiza una reflexión interesante acerca del valor que dan estas personas al dinero:

“Ya no sé si tanto que pierde valor el dinero...pero sí pierde valor su esfuerzo, mi esfuerzo porque este dinero sea bien gastado, que le voy a dar prioridad a este recurso hoy, necesito cambiar de mi casa tal...como el mes que viene me van a dar más, pues ya veremos, creo que pierde valor su esfuerzo”. (Entrevistada II).

Segregando la información por género, observamos una clara diferencia entre los dos sexos, ya que la mayoría de hombres, un 69% presenta afectación en esta área. Mientras que por otro lado, la mayoría de mujeres, un 57% tiene cubierta esta necesidad, ya que solamente el 43% de estas presenta afectación en esta área situándolas en un balance positivo respecto a los recursos económicos.

Gráfico 16: Afectación en el área de los recursos económicos dividida según el género

Fuente: Elaboración propia.

4.9. Laboral

Según el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 21), esta área se ocupa de analizar los diferentes tipos de empleos que puede tener una persona o en caso contrario su exclusión del mercado laboral. Se establecen diversos tipos de empleo, ya que se pueden dar trabajos precarios, empleos sumergidos e ilegales, etc. Esta área es imprescindible para encontrarte en una situación social adecuada, pero el tenerla no te lleva directamente a esta, ya que como he comentado anteriormente, los diversos tipos de empleo que existen pueden situarte en situación de exclusión social.

Asimismo, la trabajadora social de Zuria contempla el empleo desde una perspectiva de normalización, puesto que en la sociedad en la que vivimos posee un papel integrador muy importante:

“Sin duda, tal y como vivimos en la actualidad el empleo es lo más normalizador que puede haber para cualquier persona y una persona con enfermedad mental no es diferente a los demás”. (Entrevistada I).

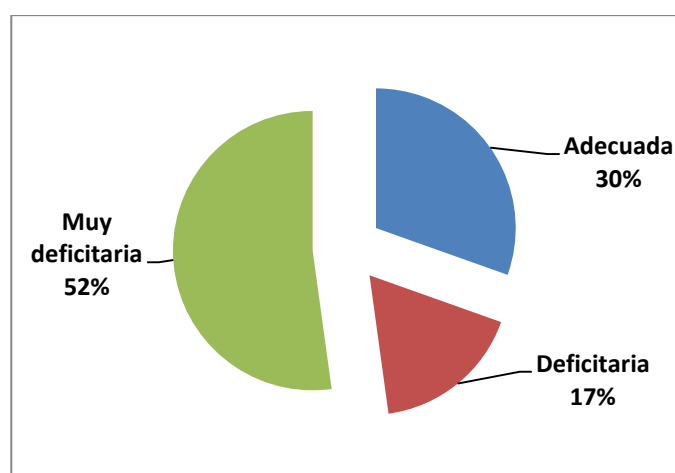
En este contexto, la paciente entrevistada comenta que le da igual la inclusión social, por lo que se relaciona con el concepto de autoexclusión comentado en el apartado 3.3.6:

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

“A mí la inclusión social me suda porque...eso para qué lo quieres. Soy una persona que siempre digo jo, qué pena no tener amigos...pero y si los tuviera qué, osea es que no le encuentro sentido, si yo de pequeña me auto-marginaba en el recreo porque no quería estar con los demás. Podría haber vivido fuera del sistema, muy cómodo”. (Entrevistada III).

Como se puede observar en el gráfico, la gran mayoría de personas tienen afectación en esta área, ya que son el 69% del total de personas. Además, resulta muy significativo que la mayoría de personas, un 52%, tenga esta área con la máxima afectación, es decir, como muy deficitaria. También hay que destacar la polarización en esta área, puesto que las personas tienden a posicionarse en los extremos, ya sea como muy deficitaria o como adecuada, puesto que tiene un 30% de personas.

Gráfico 17: Situación en el área laboral en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

Además, la educadora social de Zuria subraya la importancia que tiene para una persona con estas características el tener un trabajo o una ocupación que le planifique la semana. De la misma manera, tanto la paciente como la familiar entrevistada siguen este hilo y subrayan la importancia que tiene para una persona el tener una ocupación:

“Bueno...muy complicada y creo que a penas inexistente o sea en Navarra hay recursos, pero hay una gran población con enfermedad mental que sí debería

estar ocupada, ya sea por salario o por horario, en definitiva por estar ocupado". (Entrevistada II).

"Me siento muy insegura al tener esta memoria pero sí te hace sentir realizada [...]". (Entrevistada III).

"Que esté ocupado, que tenga un horario que cumplir y eso...yo creo que sí, que le iría muy bien...claro como madre lo pienso así, no sé si él llegaría a cumplirlo". (Entrevistada IV).

Una vez más, segregando la información obtenida según su género observamos una leve diferencia entre los dos géneros, ya que solamente es del 2%. Esto se debe porque los hombres tienen el 69% algún tipo de afectación en esta área mientras que las mujeres el 71% de ellas tienen algún tipo de afectación en esta área. Como la diferencia es mínima entre los dos géneros, no se ve conveniente reflejarlo en una gráfica.

4.10. Formativo

En este punto, según el "Manual de indicadores para el diagnóstico social" de Martín *et al.* (1996: 22), el ámbito formativo es una clara necesidad para luchar contra la exclusión social. Aunque es cierto, que el tener un alto nivel educativo no te inhibe de tener un trastorno adictivo de sustancias, puesto que hay ciertas sustancias que están socialmente muy permitidas y pueden ocasionar distintas patologías.

Además, tal como establecen las profesionales, cuando el consumo de sustancias se da en una época en la que la persona está estudiando afecta de manera considerable a los resultados y el progreso académico. Asimismo, esta problemática es más integral y multidimensional, ya que el consumo de las sustancias solamente es lo que llama la atención, pero suelen haber otras problemáticas.

"Cuando el inicio del consumo de drogas es muy temprano sí, sin duda. Porque si tú te inicias en el consumo de drogas tan joven seguramente que te acompañan otras dificultades (personales y sociales) que no están siendo atendidas y eso a veces implica el abandono escolar porque dificultades de integración en el colegio, dificultades con compañeros...". (Entrevistada I).

“Sí, creo que influye, pero no porque sepan que tienen una enfermedad, sino que el tipo de enfermedad les hace que pierdan esa ilusión o esa capacidad para estudiar, pensar en un futuro, a largo plazo...”. (Entrevistada II).

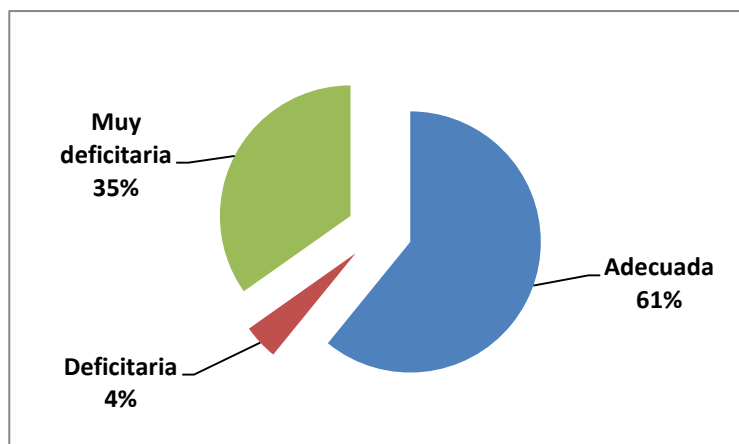
Asimismo, tanto la paciente entrevistada como la familiar determinan que el consumo de sustancias y otras circunstancias influyeron en el progreso académico:

“[...] Lo que me impidió seguir estudiando fueron los porros, las drogas, la curiosidad, las hormonas, los chicos, el sexo...vamos que a esa edad no la veo yo que sea una edad para estudiar, es para descubrir, no para profesionalizarte...ni si quiera te preguntan qué quieres ser...tienes una edad correcta para saberlo”. (Entrevistada III).

“Sí, yo creo que sí, que sí ha influido porque cuando empezó, que no nos dábamos cuenta, pues siempre venía con suspensos y nunca terminaba...en fin, repetir...yo creo que ha afectado”. (Entrevistada IV).

Resulta muy significativo que la mayoría de personas tengan esta área cubierta, ya que son un 61% del total de personas las que presentan esta área como adecuada. Por otro lado, un 39% de personas presentan afectación en esta área, siendo un 35% como muy deficitarias y un 4% como deficitarias. Una vez más, se observa una clara polarización, ya que la mayor parte de personas se aglutinan en el extremo (muy deficitario o adecuado).

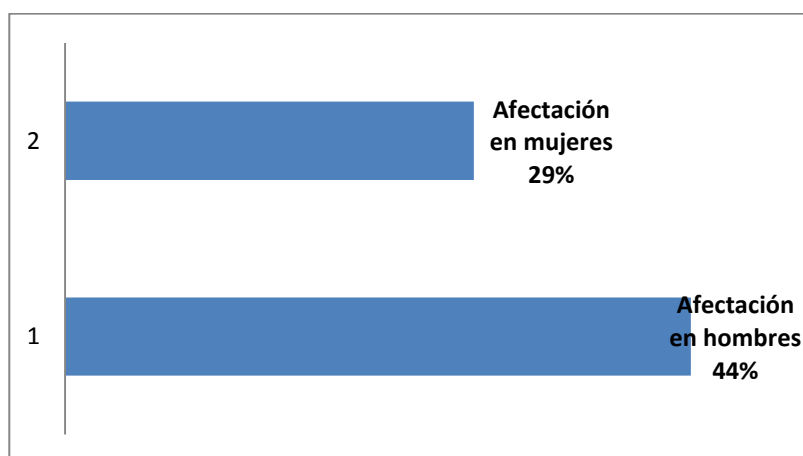
Gráfico 18: Situación en el área formativa en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, resulta conveniente segregar esta información según el género, ya que al tener la mayoría de personas esta necesidad cubierta es muy enriquecedor observar qué género se encuentra peor posicionado en este aspecto. Como se puede observar, los hombres sufren más esta área, ya que un 44% de ellos denotan algún tipo de afectación. Por otro lado, solamente el 29% de las mujeres denotan algún tipo de afectación en esta área. Resulta muy singular que tanto en el género masculino como en el femenino la mayoría tenga cubierta esta necesidad, siendo un 56% en el caso de los hombres y un 71% en el caso de las mujeres.

Gráfico 19: Afectación en el área formativa dividida según el género



Fuente: Elaboración propia.

Resulta significativa el poco valor que da la paciente entrevistada a la formación, aunque también se relaciona de una manera correcta con las necesidades que tienen estas personas, ya que como comenta la educadora social en el apartado 4.9., el tener un trabajo o simplemente una ocupación le otorga una rutina que puede ser positiva para su situación:

“Ay...qué “penica” me da contestarte a esto pero...me he dado cuenta que hasta los universitarios están quitando de sus currículums que son universitarios porque sino igual no les contratan porque ven que tienen... que es más factible... que se vayan antes que otras personas que no han ido a la universidad... y digo... hasta la gente que está estudiando se lo están guardando para ellos... porque por conseguir trabajo... hay universitarios trabajando en los Mac Donald, Eroski...”. (Entrevistada III).

4.11. Afectación social

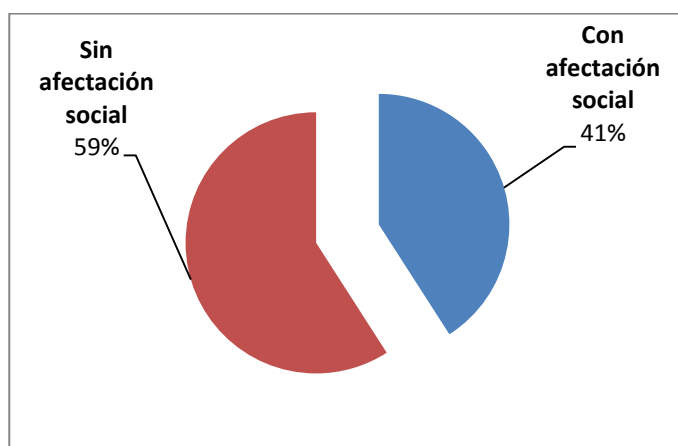
En este apartado se analizan las dos necesidades básicas que crean conjuntamente la afectación social. Se encuentra formado por la participación social, la cual es una necesidad básica que se encarga de analizar la participación formal/informal o la ausencia de participación en la comunidad de la persona estudiada. Por otro lado, se encuentra la aceptación social que según el “Manual de indicadores para el diagnóstico social” de Martín *et al.* (1996: 25), hace referencia a 4 ítems diferentes en cuanto al libre uso de diferentes derechos sociales. Estos derechos se encuentran valorados en dicha escala, desde el libre uso de estos hasta la prohibición del disfrute de estos por restricción colectiva o legislativa.

Para llevar a cabo el estudio de estas necesidades básicas de una manera adecuada, hay que tener en cuenta las singularidades de cada persona para establecer de forma adecuada los indicadores.

Como se ha podido observar en análisis anteriores, el 100% de los hombres se encuentran en situación de exclusión social, mientras que el 86% de las mujeres también están en esta situación. Estos datos dan lugar a un total del 96% de personas con trastornos adictivos de sustancias y en situación de exclusión social. Del mismo modo, se observa que un 41% de personas con diagnóstico social de exclusión

presentan como muy deficitaria 1 o más necesidades básicas del área de afectación social, mientras que un 59% de personas no presentan gran afectación en esta área. Asimismo, se reflejan los resultados a continuación.

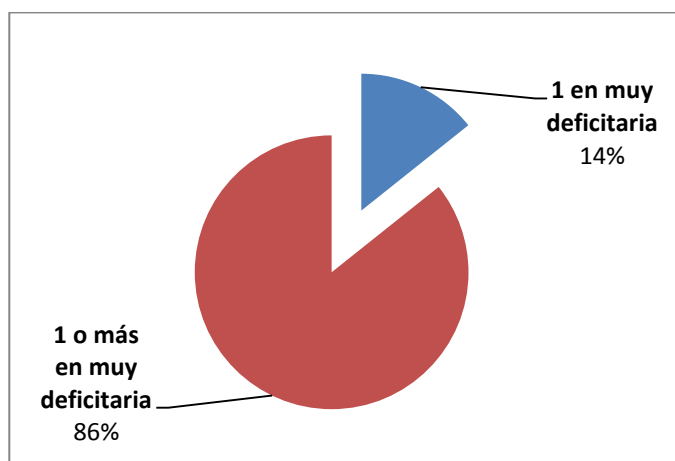
Gráfico 20: Personas con diagnóstico social de exclusión y gran afectación en las áreas sociales



Fuente: Elaboración propia.

A pesar de todo, no deja de ser un porcentaje considerable, por lo que se va a proceder a desglosar la información obtenida según el género y cuantificando los hombres o mujeres que tengan las dos áreas de afectación social en muy deficitarias y las que solamente tengan una. Esto se va a realizar para poder analizar qué género denota más necesidades sociales sin satisfacer.

En cuanto a los hombres con afectación social, se puede observar una clara mayoría de estos con las dos necesidades básicas (participación social y aceptación social) con grave afectación, ya que representan un 86% de los varones que tienen 1 o más necesidades básicas de esta área señalada. Por otro lado, solamente el 14% de estos tiene solo una necesidad como muy deficitaria del aparatado de afectación social.

Gráfico 21: Hombres con gran afectación en las necesidades sociales

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las mujeres, el peso porcentual se encuentra repartido en este aspecto de manera igualitaria, ya que un 50% de ellas tienen 1 o más necesidades básicas de esta área señaladas y el otro 50% tiene 1 necesidad básica de esta área marcada.

Con este análisis segregado por géneros podemos concluir que los hombres sufren en mayor medida una afectación grave en el área de necesidades sociales, puesto que el 86% de estos tienen en muy deficitarias las dos necesidades básicas de esta área. Asimismo, el género femenino se encuentra más disperso en este aspecto, ya que el 50% de mujeres se posiciona en un lado y el otro 50% en otro lado.

4.11.1. Participación social

A continuación, se va a proceder a dividir la afectación social por las dos áreas que la componen para llevar a cabo un estudio de la afectación que tienen las personas en esta área, ya sea como deficitaria o muy deficitaria.

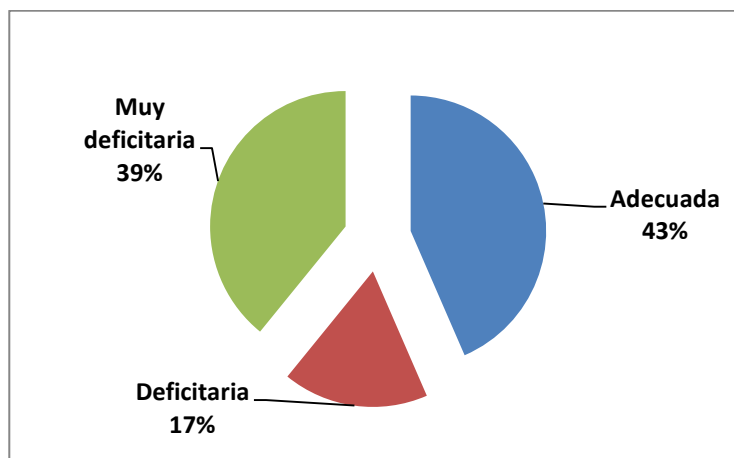
De tal manera, por lo analizado en la entrevista realizada a la paciente, se observa que a pesar de que ponga ímpetu en participar en diferentes recursos que ofrece la comunidad en la que reside, no recibe respuesta de estos:

“Me ofrecí de voluntaria porque creo que se me dan muy bien los niños, entonces pensaba que igual haciendo un voluntariado en la biblioteca, en la ludoteca... entreteniéndolos... cualquier cosa iba a ser divertido para mí y para

ellos, pero nunca me han llamado...y eso que ha sido totalmente altruista... no lo sé... ¿serán las pintas? ¿Serán otras cosas? no lo sé...". (Entrevistada III).

Además, el análisis realizado en la participación social establece que la mayoría de personas tienen algún tipo de afectación en esta área, puesto que un 56% de estas la denotan de esta manera, siendo un 39% como muy deficitaria y un 17% como deficitaria. Por otro lado se puede observar que el 43% de personas tienen esta área como adecuada, es decir, no denotan ningún tipo de afectación.

Gráfico 22: Situación en el área de participación social en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



Fuente: Elaboración propia.

Además, según las profesionales de Zuria la participación informal de muchas de estas personas se encuentra ligada al consumo, derivando en relaciones de amistad tóxicas:

"Habitualmente escasas y pobres y relacionadas con el mundo del consumo. Sí, en mi opinión influyen". (Entrevistada I).

"Para empezar conflictivas porque alguien con trastorno mental...pues no sé si el resto estamos por la labor de entender a estas personas y sus cambios de humor, comportamientos...Las relaciones...pues claro, todo el mundo tendemos a relacionarnos con nuestros a fines, los que son más iguales, con los que puedes entenderte mejor o te van a entender mejor...con lo cual creo que acaban relacionándose enfermedad con enfermedad". (Entrevistada II).

"Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social"

Asimismo, tanto la persona con trastorno adictivo de sustancias y la familiar corroboran lo dicho por las profesionales de Zuria, ya que tienen amistades consumidoras:

“A ver... yo tengo... tres amistades... las tres viven en Pamplona... eh... una de esas amistades consume pero le voy a querer igual...no me va a molestar...la otra la conocí aquí (HDZ) y es amigo y...creo que le estás pasando lo mismo que a mí actualmente...y la otra pues es una buena chica que se fuma un porro a la hora de dormir pero eso... [...] que el que más fácil para localizar es el consume porque los que consumen no hacen otra cosas”. (Entrevistada III).

“Pues tiene amigos que son muy majos y yo creo que esos chicos no han caído en la droga, y bueno de momento los mantiene, lo que pasa que también por la sensación... yo por lo menos cuando lo veo... me gustaría que se juntase más con esos que con los otros...”. (Entrevistada IV).

Respecto a la necesidad de participación social segregada según el género, el 56% de hombres denotan algún tipo de afectación en esa área, mientras que el 57% de mujeres tienen algún tipo de afectación en esta área. Existe una mínima diferencia entre los dos géneros, un 1%, aunque resulta una mayoría de mujeres en este aspecto.

Por otro lado, como se ha estudiado anteriormente, en el HDZ hay personas que tienen diagnosticada una patología dual. La educadora social de Zuria analiza la dificultad que supone tener dos diagnósticos de estas características para tener una participación social adecuada:

“Sí, yo creo que sí vamos...un diagnóstico ya es difícil, pues dos tan complicados y tan poco entendibles en la sociedad y a veces tan estigmatizados pues creo complica bastante todo esto”. (Entrevistada II).

4.11.2. Aceptación social

De tal manera, muchas personas con trastornos adictivos de sustancias están muy señaladas en el entorno en el que viven debido al estigma de su enfermedad. Por esto, bastantes de estas personas se trasladan a barrios periféricos o con pocos recursos

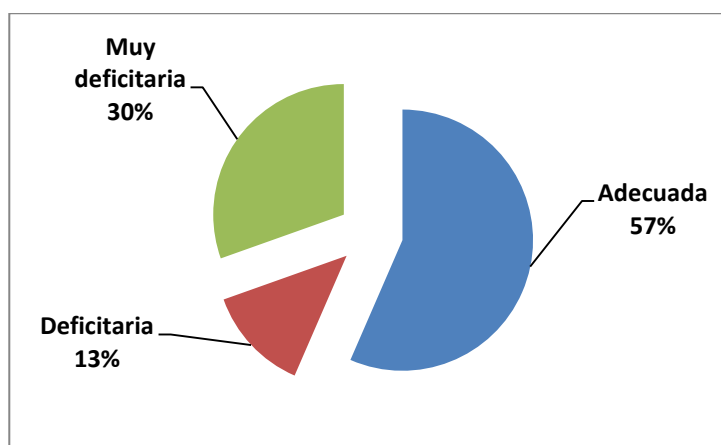
donde además el precio del alquiler suele ser más barato. Esto conlleva a que se creen guetos, los cuales no ayudan para llevar a cabo procesos de inclusión social:

“Sí, alguna vez he tenido alguna bronquilla por ahí de que alguna mujer me diga en alguna terraza algo... Pues no sé por qué...yo no tengo por qué entender a los desconocidos... yo qué sé... gente que se cambia de acera... o no sé... gente que se asusta al intentar ayudarles...hay gente que se asusta muchísimo al ver las pintas, cuando me acerco a los niños y en realidad es que soy una payasa de la “ostri” y entonces se me dan muy bien lo críos...pues los padres se asustan. Ya estoy acostumbrada a ello”. (Entrevistada III).

“Mmmmm, el trato pues... como... que la gente no se fía de nosotros o nos mira con cara rara... están como un poco alerta... no sé qué hago yo o qué hace mi hijo... igual porque le ven el aspecto de cómo es... físicamente... eh... entonces o si habla...”. (Entrevistada IV).

Según el análisis realizado en esta área, la mayor parte de personas no denotan ningún tipo de afectación, puesto que la tienen como adecuada el 57% de personas estudiadas. Por otro lado, el 43% de personas tienen algún tipo de afectación en esta área, siendo el 30% como muy deficitaria y el 13% como deficitaria.

Gráfico 23: Situación en el área de aceptación social en la que se encuentran las personas del hospital de día Zuria



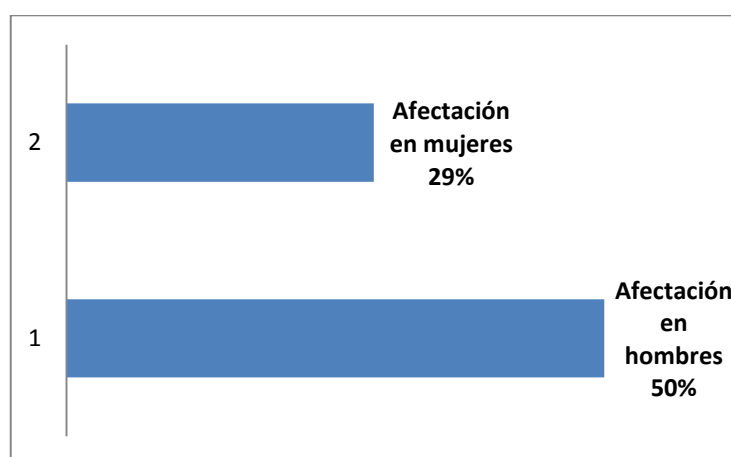
Fuente: Elaboración propia.

Además, en este contexto la paciente entrevistada refleja la afectación negativa que ha sentido ella por parte de la sociedad:

“Bueno... yo es que... cuando veo una persona con rastras... la miro tres veces porque la mayoría yo pienso como si fuera... como los de Franco tío... lo siento... claro... tú si llevas rastas no vas a conseguir trabajo, eres un “yonki” de mierda... Fíjate que yo no soy ninguna peluquera pero sí que vienen de “colegueo” a casa para que les haga rastas... ¿rastas? ¿Cómo que quieres rastas? ¿Para qué? ¿Tienes trabajo? no. Entonces no te hago rastas ¿para qué? estoy haciendo un esfuerzo que...he visto la afectación negativa en los demás, la he visto tanto... a la hora de encontrar trabajo... como te miran...”. (Entrevistada III).

Por otro lado, resulta reseñable que la mitad de los varones tengan algún tipo de afectación en la aceptación social y la otra mitad no. Además, solamente el 29% de las mujeres presentan algún tipo de afectación en esta área, siendo el 71% de estas las que presentan esta área sin ningún tipo de afectación. Por lo tanto, esta área tiene más afectación en el género masculino que en el femenino.

Gráfico 24: Afectación en el área de aceptación social dividida según el género



Fuente: Elaboración propia.

4.12. Síntesis de la afectación de las necesidades por áreas

En este apartado se pretende resumir toda la información redactada anteriormente para otorgar a los/las lectores/as una visión general de los distintos resultados

obtenidos y así poder comparar las diferentes áreas con otras necesidades básicas. De este modo, se pretende incentivar diferentes reflexiones que puedan surgir a los/las lectores/as acerca de este trabajo, ya que es cierto que algunas áreas presentan afectaciones o no que pueden conllevar a diversos pensamientos.

En primer lugar, en el área de información los hombres denotan más afectación que las mujeres, siendo un 87% frente al 71% de las mujeres. En segundo lugar, el área de las habilidades sociales el género femenino la tienen más afectada que los varones con un 85% frente al 75% de los varones. En tercer lugar, la autonomía denota una afectación significativa por parte de las mujeres, ya que hay una diferencia considerable con la afectación que sufren los varones en esta área, puesto que es un 71% frente al 44% de los varones. En cuarto lugar, las mujeres tienen más afectación en la relación convivencial que los varones, puesto que el 86% de estas denotan algún tipo de afectación frente al 81% de los varones. En quinto lugar, el área de la organización de la unidad convivencial la tienen más afectada los varones con un 69% frente al 58% de las mujeres. En sexto lugar, el área de los recursos económicos tiene una diferencia significativa al ser un área tan importante, ya que el 69% de los varones la denotan con afectación frente al 43% de las mujeres. En séptimo lugar, resulta significativo entrelazar el área laboral con el área formativa, ya que es curioso que las mujeres denoten mejor formación que los varones, puesto que tienen esta área como adecuada el 71% de estas, pero sin embargo, el área laboral la denotan con un 72% con algún grado de afectación. Estos datos son significativos porque los hombres denotan el área laboral con un 69% de afectación, es decir, menos afectación que las mujeres, pero sin embargo el 56% de los varones tienen el área formativa como adecuada frente al 71% de las mujeres. En octavo lugar, el área de la vivienda tiene una diferencia de afectación entre los dos sexos del 39% lo cual resulta significativo, situando a los varones con un 82% de afectación en esta área frente al 43% de las mujeres que denotan algún tipo de afectación. En noveno lugar, resulta característica la poca diferencia de afectación que hay en el área de participación social, ya que solamente es del 1%, situando a los varones con un 57% de afectación en esta área frente al 58% de afectación que tienen las mujeres. Por último, el área de aceptación social los varones la tienen con un 51% de afectación frente al 28% de las mujeres.

En resumen, los varones tienen más áreas con mayor grado de afectación que las mujeres, ya que tienen seis de estas con algún grado de afectación frente a cinco que tienen las mujeres.

Resultan singulares estos datos porque al tenerlos reflejados en la misma tabla se pueden observar diferencias entre mujeres y hombres en áreas fundamentales para llevar a cabo procesos de inclusión social.

Como se puede observar, en la tabla se encuentran reflejadas todas las necesidades básicas utilizadas para el análisis de las diferentes técnicas empleadas. Asimismo, la información se encuentra dividida según el género, total de personas y el grado de afectación o no de estas.

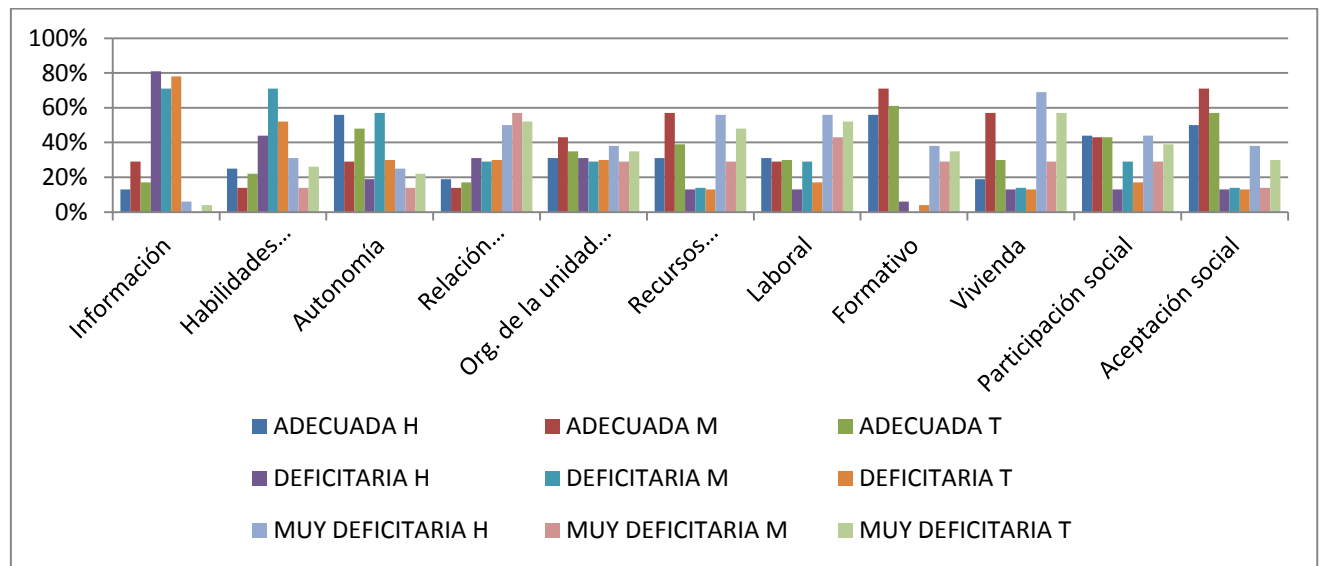
Tabla 7: Afectación en las necesidades básicas según el género y el total de personas

	ADECUADA			DEFICITARIA			MUY DEFICITARIA		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Información	13%	29%	17%	81%	71%	78%	6%	0%	4%
Habilidades sociales	25%	14%	22%	44%	71%	52%	31%	14%	26%
Autonomía	56%	29%	48%	19%	57%	30%	25%	14%	22%
Relación convivencial	19%	14%	17%	31%	29%	30%	50%	57%	52%
Organización de la unidad convivencial	31%	43%	35%	31%	29%	30%	38%	29%	35%
Recursos económicos	31%	57%	39%	13%	14%	13%	56%	29%	48%
Laboral	31%	29%	30%	13%	29%	17%	56%	43%	52%
Formativo	56%	71%	61%	6%	0%	4%	38%	29%	35%
Vivienda	19%	57%	30%	13%	14%	13%	69%	29%	57%
Participación social	44%	43%	43%	13%	29%	17%	44%	29%	39%
Aceptación social	50%	71%	57%	13%	14%	13%	38%	14%	30%

Fuente: Elaboración propia.

Para que la comprensión sea aún más enriquecedora y se produzca una mayor reflexión por parte de los/las lectores/as, se va a plasmar a continuación un gráfico que contiene todos los datos planteados en la tabla anterior.

Gráfico 25: Afectación en las necesidades básicas según el género y el total de personas



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

En este apartado se exponen conclusiones y/o reflexiones acerca del análisis de los datos estudiados anteriormente. Esto se va a llevar a cabo con la corroboración o no de las hipótesis planteadas para así comprobar si se cumple la idea inicial que se tenía sobre este tema. Con la elaboración del trabajo se ha podido comprobar la importancia que tiene el trabajo en red de los/las trabajadores/as sociales y demás profesionales para abordar mejor las diversas problemáticas multidimensionales de las personas con trastornos adictivos de sustancias.

Asimismo, la elaboración de las diferentes técnicas ha otorgado al trabajo diferentes formas de contemplar una problemática. Por un lado, con la revisión bibliográfica se ha conseguido formar la base teórica. Por otro lado, la elaboración de los diagnósticos sociales ha servido para contemplar de una manera general la situación social en la que se encuentran las personas con trastornos adictivos de sustancias, para así poder comprender las diferentes situaciones de exclusión social en las que se encuentran, estudiando cómo tienen cubiertas las diferentes necesidades básicas. Por último, las entrevistas realizadas a diferentes personas ligadas a los trastornos adictivos han proporcionado una visión más integral acerca de esta enfermedad mental, ya que gracias a estas se han podido contemplar esta problemática en sus diferentes dimensiones. Por ello, a partir de las conclusiones extraídas al analizar los diferentes resultados obtenidos se han llegado a las siguientes conclusiones. En primer lugar, la primera hipótesis:

“Las personas con trastornos adictivos de sustancias tienen más dificultades para lograr procesos de inclusión social”.

De este modo, se puede corroborar dicha hipótesis, ya que un 96% de las personas estudiadas se encuentran en situación de exclusión social. Esto se debe a que toda enfermedad que tenga ciertos prejuicios repercute de manera negativa en el individuo que la posee, obstaculizando procesos de inclusión social.

Esto se ha podido comprobar de una manera evidente con la elaboración de los diagnósticos sociales, puesto que han reflejado que de once necesidades básicas analizadas, tengan cierto grado de afectación en nueve de estas, es decir, en el 82%.

Además, muchas de estas personas tienen como gran afectación áreas que se consideran primordiales para lograr procesos de inclusión social y que tienen un carácter integrador consensuado por la sociedad, como la vivienda, los recursos económicos o el área laboral.

De la misma manera, como se ha podido comprobar con las diferentes entrevistas realizadas en el área de la vivienda las diferentes personas que han sido entrevistadas reflejan diferentes problemáticas en esta. Dichas personas reconocen que bajo el consumo de sustancias las personas con trastornos adictivos tienen problemáticas de carácter multidimensional, puesto que la falta de trabajo e ingresos repercuten en la vivienda que tengan, por lo que cuanto más precarios sean estos, en peores condiciones se encontrará la vivienda y el entorno en la que se encuentre situada. Además, como se ha comentado anteriormente, estas personas a la hora de alquilar un piso se pueden tal vez enfrentar a diversos prejuicios debidos a sus modelos de vida. También como se ha comentado, las prestaciones que reciben no son suficientes para satisfacer sus necesidades, por ello, muchas de las personas tienen unos recursos económicos que no ayudan a obtener situaciones sociales adecuadas dentro de la sociedad en la que vivimos. Asimismo, el trabajo resulta uno de los elementos más normalizadores para lograr situaciones sociales adecuadas, por lo que al tener esta área tan afectada, muchas de estas personas tienen graves dificultades para lograr procesos de inclusión social. Como se puede observar, estas tres áreas se encuentran muy relacionadas entre sí, por lo que repercuten de una manera negativa en que las personas con trastornos adictivos de sustancias logren procesos de inclusión social al tenerlas tan afectadas. A continuación, se va a proceder a la argumentación de la segunda hipótesis:

“Las personas con trastornos adictivos de sustancias y diagnóstico social de exclusión presentan gran afectación en las áreas de afectación social”.

A lo largo de la investigación de este trabajo se ha podido observar la importancia que tiene el carácter social en la vida diaria de las personas con trastornos adictivos de sustancias, por ello, se ha percibido preciso analizar de una manera más integral en el apartado 4.11. la afectación social que sufren estas personas.

“Personas con trastornos adictivos de sustancias en situación de exclusión social”

Antes de comenzar la elaboración de este trabajo se había redactado la hipótesis anteriormente comentada, pero tras haber analizado y estudiado la información resulta conveniente desmentirla, puesto que el 59% de las personas estudiadas con diagnóstico social de exclusión no presentan gran afectación en esta área, mientras que el 41% de estas sí. No obstante, parece cierto que a pesar de ser la minoría, tienen un peso porcentual considerable en un área tan importante como esta.

A modo de ejemplo, muchas de las personas que tienen esta patología mental se encuentran en una situación muy difícil de llevar en la sociedad en la que vivimos, por lo que en muchas ocasiones llevan a cabo procesos de autoexclusión. Esto se debe a que es una enfermedad con un estigma importante, ya que muchas personas culpan a estas de tener esta patología sin ser conscientes de que en muchos casos eso solamente es “la punta del iceberg”. Con esto se quiere decir que como se ha podido observar en las entrevistas realizadas, muchas de estas personas utilizan la droga como una vía de escape a diferentes problemáticas que tienen. Por ello, es muy importante que desde el trabajo social se intervenga de manera integral con los/las pacientes y sus redes de apoyo teniendo en cuenta la interseccionalidad que tiene esta enfermedad mental realizando intervenciones de carácter preventivo, rehabilitador y asistencial. Por último, se planteó la siguiente hipótesis:

“La mayoría de personas que acuden al HDZ poseen una patología dual”.

Según el análisis de los resultados obtenidos resulta acertado desmentir la premisa de partida puesto que a pesar de que es un número significativo, no son la mayoría de pacientes del HDZ las que tienen diagnosticada una patología dual, porque tienen un peso porcentual de 43%. A pesar de esto, no deja de ser un resultado bastante significativo que parece ser un indicador de la interrelación existente entre los trastornos adictivos de sustancias y otro diagnóstico clínico de salud mental.

Aunque el estudio de la patología dual no tiene un carácter estrictamente social, resulta que al profundizar en esta circunstancia que padecen bastantes personas con esta característica ha dado lugar a diversas reflexiones. Esto se debe puesto que a juicio personal y por lo que he visto reflejado en alguna persona analizada, el tener una patología dual resulta muy estigmatizante en la sociedad en la que vivimos dificultando

aún más los procesos de inclusión social de las personas con trastornos adictivos de sustancias.

Por lo tanto, debido a toda la argumentación que se ha plasmado anteriormente, se considera que las hipótesis planteadas han sido razonadas de una forma adecuada utilizando las diversas técnicas cualitativas y cuantitativas empleadas en el trabajo y la escucha activa empleada en el transcurso de las prácticas realizadas en el HDZ.

A lo largo de la investigación de este trabajo se ha podido observar que en muchas ocasiones las familias de las personas con trastornos adictivos son desestructuradas o disfuncionales. Aunque parezca un factor inofensivo es muy determinante, puesto que como se ha podido observar en las lecturas de historias sociales o entrevistas realizadas, muchos de los/las pacientes tienden a repetir de manera consciente o inconsciente patrones aprendidos durante su niñez, por lo que bajo la opinión que se ha ido formando a medida que se iba avanzando en el trabajo, se entiende que el entorno en el que uno crece es determinante para formar el carácter de una persona así como para fortalecer los diversos factores de protección contra la droga.

De tal manera, debido a la profundización en los conocimientos acerca de los trastornos adictivos de sustancias se ha llegado a una opinión crítica acerca del alcohol en la sociedad. Dicha droga se encuentra muy bien vista por la sociedad, de hecho por muchas personas no se considera droga, esto tiene que ver con que muchas empresas cerveceras gasten un buen porcentaje de su presupuesto en comprar investigadores para que elaboren investigaciones con el fin de intentar corroborar de que tomar un par de cervezas al día puede ser saludable para la salud. Por el contrario, dicha sustancia es la que más muertes genera en todo el mundo, por delante de otras sustancias que con solo nombrarlas generan rechazo por gran parte de la sociedad. Además, por lo que se ha podido observar, el temprano inicio en esta droga conlleva al desarrollo de otros trastornos o al inicio del consumo en otras sustancias. Por ejemplo, esto se encuentra reflejado en el juego patológico, ya que se encuentra muy ligado al consumo del alcohol, puesto que muchas personas que tienen una enfermedad con el alcohol terminan generando otra con el juego. Asimismo, por lo que se ha podido observar en el HDZ, actualmente casi todas las personas con trastornos adictivos de

sustancias tienen como principal droga de consumo el alcohol, lo que al llevar muchos años consumiéndolo ha dado lugar al consumo de otras sustancias como la cocaína, speed, mdma, etc. Como bien reflejó la trabajadora social de Zuria esto se debe porque al principio se realiza el consumo en un ámbito social en el cual pueden llegar a estar bien vistas estas sustancias. En los primeros momentos la persona tiene cierto control con la sustancia, pero conforme van pasando los años ese control deriva en un dominio de la sustancia sobre la persona, lo que finalmente conlleva en el padecimiento de trastornos adictivos de sustancias y otras enfermedades de salud mental. Por todo esto, veo conveniente llevar a cabo un mayor control del alcohol, puesto que es la droga que más daño está generando en la sociedad.

Asimismo, gracias a los resultados que han sido obtenidos se ha llegado a la reflexión de la interrelación existente entre padecer un trastorno adictivo de sustancias y encontrarse en situación de exclusión social, puesto que el padecer esta enfermedad conlleva a que todos los recursos que tenga una persona vayan dirigidos a satisfacer las necesidades que genera esta. Por lo tanto, como se ha explicado anteriormente esto conlleva a la afectación de áreas primordiales para encontrarse en una situación social adecuada.

Del mismo modo, debido al análisis de los resultados se ha podido reflexionar acerca de las diferencias existentes en el ámbito laboral entre los dos géneros, ya que por lo que se ha podido contemplar, las mujeres deben de tener un nivel de formación mayor que los hombres para desempeñar en muchos casos el mismo trabajo. En bastantes ocasiones esto se ve reflejado en puestos de trabajo que tradicionalmente han sido ocupados por varones, como por ejemplo un/a entrenador/a deportivo/a. En esta profesión se ve reflejada esta realidad de una manera muy eficaz, ya que a las mujeres se les pide más formación y/o éxitos para desempeñar el mismo trabajo que un varón. Por otro lado, resulta significativo que a pesar que la diferencia de afectación en el área laboral entre los dos sexos no es muy grande, es significativa la diferencia existente en los recursos económicos, puesto que la mayoría de las mujeres la presentan como adecuada frente a los hombres, que la mayoría de estos la presentan con algún tipo de afectación. Esto puede ser ocasionado por la cantidad de trabajos precarios que existen, ya que no generan situaciones de inclusión social.

Asimismo, al comparar los datos del área de la vivienda, se ha podido observar una afectación mucho mayor en el género masculino frente al femenino. Esto conlleva a teorías acerca de las personas sin hogar, ya que corrobora que los hombres se encuentran más expuestos a esta problemática que las mujeres.

Como se puede observar, las afectaciones en algunas áreas de necesidades básicas conllevan al surgimiento de otras afectaciones en diferentes áreas, de ahí surge la multidimensionalidad de esta problemática. Estas reflexiones han surgido gracias a los resultados que han sido reflejados en la tabla comparativa entre los dos sexos y el total de personas, ya que debido a estos se han conseguido estudiar los datos de una manera más adecuada para llevar a cabo reflexiones de este tipo.

Como se ha podido observar a lo largo de la elaboración de este trabajo, resulta muy importante tener una visión desde una perspectiva social en este ámbito porque los/las trabajadores/as sociales tienen un papel fundamental con estas problemáticas. Estos/as son esenciales para ofrecer una atención adecuada porque llevan a cabo intervenciones de manera directa e indirecta con las personas con trastornos adictivos de sustancias.

Asimismo, los/las trabajadores/as sociales llevan a cabo intervenciones de diversas características para conocer las diferentes problemáticas que tienen estas personas para poder llevar a cabo procesos de inclusión social personalizados para cada paciente. Algunas de las actuaciones que llevan a cabo los/las profesionales son las siguientes.

Por un lado, las intervenciones directas que llevan a cabo estos/estas profesionales se desglosan a su vez en individuales o en familiares. De este modo, resulta muy importante la figura de este/esta profesional porque en la mayoría de los casos es la primera figura profesional que ven los/las pacientes. El/La trabajador/a social realiza la entrevista, que, según las características de la persona que acude, se lleva a cabo de una forma o de otra. Resulta muy importante llevar a cabo la entrevista porque mediante este procedimiento se consiguen muchos conocimientos acerca de los/las pacientes, que no se podían saber leyendo únicamente sus historiales clínicos. Además, nada más realiza esta técnica se puede empezar a paliar afectaciones que

tienen en diferentes áreas, como es el caso del área de información, puesto que se contribuye a resolver diversas dudas que tienen los/las pacientes cuando acuden al recurso, asimismo, se les explica de manera general el funcionamiento de este. Esta síntesis del centro se lleva a cabo para contextualizar a las personas dónde acuden, ya que de manera general, muchas de estas saben que es un centro de la red de Salud Mental de Navarra pero desconocen qué actividades se llevan a cabo en este. Por ello, en la entrevista de acogida se les explican de manera general cómo está distribuido el centro y qué papel van a jugar ellos/ellas en este.

De este modo, para que la entrevista se desarrolle de la manera más profesional y adecuada para la persona, el/la trabajador/a social se estudia antes de esta la historia clínica del paciente para poder sacar mayor provecho a esta herramienta.

Por otro lado, un factor importante que puede cambiar el rumbo de la entrevista es sin duda si la persona que acude está en activo o no, ya que de este modo el/la profesional tendrá que dirigir la entrevista hacia un rumbo distinto utilizando hábilmente la escucha activa para intentar conocer qué expectativas tiene la persona del centro.

Finalmente si la persona acaba ingresando en el recurso el/la trabajador/a social del centro se ocupa de realizar la historia social y el diagnóstico social. En numerosas ocasiones, debido a la experiencia y a la profesionalidad que tiene el/la trabajador/a social, en la misma entrevista se recogen todos los datos para la elaboración de la historia social y, por consiguiente el diagnóstico social. Para esto, resulta muy importante que el/la profesional domine con gran destreza la escucha activa ya que es una herramienta que transmite cercanía entre el/la profesional y el/la paciente. Además a la hora de recoger la información en la entrevista se tiene muy en cuenta la comunicación no verbal, ya que en numerosas ocasiones el comportamiento del cuerpo dice mucho más que las propias palabras. En otras ocasiones, cuando no se ha conseguido recopilar toda la información para elaborar la historia social se lleva a cabo una recogida de información cuando la persona ya se encuentra ingresada.

De este modo, cuando la persona ya ha ingresado en el centro, se elabora el Plan de Intervención Social. Para la elaboración de este plan se tiene en cuenta el diagnóstico

social que tenga la persona y que áreas de las necesidades básicas tenga más afectadas en este. El fin de la elaboración de este es para conseguir una mayor estabilidad en la vida del paciente y lograr procesos de inclusión social.

Además, en muchas ocasiones las personas que tienen trastornos adictivos de sustancias tienen familias desestructuradas o disfuncionales, por lo que cuando el/la trabajador/a social lo ve pertinente lleva a cabo un acompañamiento, asesoramiento y apoyo con la familias de las personas ingresadas para entender mejor la problemática y así fortalecer diversos factores de protección para disminuir los factores de riesgo.

Por otro lado, si la persona no está de acuerdo con lo que se le está planteando en la entrevista y decide no ingresar, el/la trabajador/a social se lo notifica al centro que le ha derivado y se le da de alta.

Además de las labores correspondientes al trabajo social individual, el/la profesional debe llevar a cabo diferentes sesiones en las cuales pone en práctica el trabajo social grupal. Puede llevar a cabo sesiones socioeducativas en las que trata diferentes temáticas teniendo en cuenta las personas que acuden. Estas sesiones sirven de gran apoyo para el aprendizaje de los/las pacientes, ya que en numerosas ocasiones se encuentran en procesos de separación, por lo que se les explica en estas los pasos que deben de seguir para llevarla a cabo de una manera adecuada. También en el mundo de las personas con trastornos adictivos de sustancias las relaciones que tienen las personas suelen ser de manera general tóxicas, por lo que se les suele guiar para aprender a identificar a las personas que lo son.

Las intervenciones que lleva a cabo el/la trabajador/a social en este ámbito de manera indirecta son diversas, ya que para que todo transcurra con normalidad y se puedan adaptar los/las profesionales a las diferentes circunstancias que surgen en un recurso de Salud Mental, participan en una coordinación interna con los demás profesionales. En esta coordinación los/las profesionales ponen en común cómo están avanzando los/las pacientes en cada campo para así tener una visión más global y poder realizar una intervención integral con cada persona. De esta manera planifican unos objetivos para cada persona más adecuados, ya que no son los mismos para todas las personas del centro. Por otro lado, el/la trabajador/a social debe mantener contacto profesional

con profesionales de la Red de Salud Mental de Navarra además de con otros recursos para llevar un trabajo en red adecuado. Asimismo, como se ha explicado anteriormente, al llevar a cabo el/la profesional las entrevistas y ser el primer contacto con los/las pacientes, se encarga de hablar con los recursos que derivan a los/las pacientes para planificar las citas y así poder ajustarlo todo de la mejor manera para el/la paciente y el/la profesional.

Por finalizar, resulta muy conveniente que la figura de los/las trabajadores/as sociales se encuentre muy bien valorada por el resto de profesionales de la Red de Salud Mental, ya que la realidad es que en numerosos centros de este ámbito los/las demás profesionales no respetan la figura de los/las Trabajadores Sociales Sanitarios/as pisando el trabajo que desempeñan y poniendo trabas a la hora de realizar un trabajo multidisciplinar. Esto es un gran error en el que los primeros perjudicados son los/las pacientes, ya que en muchas ocasiones los problemas multidimensionales que tienen no se atienden y sólo se les atiende con la problemática que les ha derivado al recurso. Esto ocasiona que muchas veces las personas usuarias de estos recursos sean frecuentemente las mismas porque no se ha trabajado con la problemática real o no se han tenido los suficientes recursos para atajarla.

Con este trabajo se ha intentado contribuir junto con las diversas investigaciones existentes relacionadas con este tema a proseguir actualizando los conocimientos y aportar mi humilde grano de arena desde una perspectiva social.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. [Versión electrónica]. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf.
- Becoña, E.; Cortés, M.; Arias, F., et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. [Versión electrónica]. Valencia: Socidrogalcohol. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>.
- Bermejo, M. V.; Pamo, M. L.; Sánchez-Laulhe, L., et al. (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. [Versión electrónica]. Madrid: Instituto de adicciones. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>.
- Bierman, K.; Brown, H.; Clayton, R., et al. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*. [Versión electrónica]. Bethesda: Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/redbook_spanish.pdf.
- Cavallerri, N. (2013). Diferencia entre adicción y dependencia. En *Psicoblogía*. Recuperado de <http://psicobloga.blogspot.com/2013/07/diferencia-entre-adiccion-y-dependencia.html>.
- Comín, M. (2012). La desintoxicación y deshabituación al consumo de tóxicos. En *Blog*. Recuperado de <https://mensalus.es/blog/general/2012/05/la-desintoxicacion-y-deshabituacion-al-consumo-de-toxicos/>.
- De Andrés, M.; Arza, J.; Barendregt, C.; et al. (2000). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Fundación de ayuda contra la drogodependencia.

- Díaz-Bravo, L.; Torruco-García, U.; Martínez-Hernández, M., *et al.* (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. [Versión electrónica]. México D.F: Elsevier. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>.
- Dirección de Salud Mental de Navarra. (2019). *Hospital de Día Trastornos Adictivos Zuria*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud.
- Goffman, E. (2009). *Estigma. La identidad deteriorada* (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- González, R.; Lozano, B.; Castien, J. I. (2008). *Psicosociología del estigma*. Madrid: Universitas.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. [Versión electrónica]. Madrid: Académicas. Recuperado de <https://www.ediasa.es/files/capitulos/9788496062986.pdf>.
- Hernández, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. [Versión electrónica]. México D.F: McGraw-Hill. Recuperado de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social clínico*. Madrid: Siglo XXI.
- Jaraíz, G.; Renes, V.; Rodríguez, G., *et al.* (2009). *Actuar ante la exclusión. Análisis, políticas y herramientas para la inclusión social*. [Versión electrónica]. Madrid: Cáritas Española. Recuperado de <http://caritasburgos.es/documentos/publicaciones/1-ACTUAR%20ANTE%20LA%20EXCLUSION.pdf>.
- Laespada, T.; Iraurgi, I.; Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. [Versión electrónica]. Bilbao: Universidad de Deusto. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>.

- Laparra, M.; Pérez, B.; García, A., et al. (2009). *Exclusión social en España: Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*. [Versión electrónica]. Barcelona: Cáritas española. Recuperado de http://www.foessa.es/publicaciones_download.aspx?id=3819.
- Martín, M.; Vegas, A.; Miranda, F. (1996). *Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social*. [Versión electrónica]. País Vasco: Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual_de_indicador_es_para_el_diagnostico_social.pdf.
- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. [Versión electrónica]. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_EST_RATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf.
- Miña, L.; O'Reilly, D.; Pérez, Z., et al. (2018). *Consideraciones sobre las adicciones en la formación del profesional de Ciencias Médicas*. [Versión electrónica]. Matanzas: Rev. Med. Electrón. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n2/rme270218.pdf>.
- Moreno, F. (2008). *Intervención con exclusión social y drogodependencias: Exclusión y drogodependencias en el contexto hospitalario*. Bilbao: Deusto.
- Muñoz, M.; Pérez, E.; Crespo, M., et al. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Complutense S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez, E. (2012). *Conocer la enfermedad mental*. Madrid: Díaz de Santos.

- Rodríguez, G. (1988). *La integración social de drogodependientes*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rubio, M. J.; Monteros, S.; Barbero, J. (2002). *La exclusión social. Teoría y práctica de la intervención*. Madrid: CCS.
- Salgado, A. C. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. [Versión electrónica]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>.
- Sánchez, C.; Aguilar, I.; Jiménez, J., et al. (1998). *Plan Nacional Sobre Drogas*. [Versión electrónica]. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/ap/ap5.pdf>.
- Sartu, F. (2011). *Estrategias profesionales para la inclusión social*. [Versión electrónica]. País Vasco: Creative Commons. Recuperado de <http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/EstrategiasProfesionalesInclusionSocial.pdf>.
- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. (2017). *Memoria de Salud Mental de Navarra*. [Versión electrónica]. Pamplona: Gerencia de Salud Mental. Recuperado de http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/Ano+2017/Memoria+de+Salud+Mental+2017.htm
- Smale, G.; Tuson, G.; Statham, D. (2003). *Problemas sociales y trabajo social*. Madrid: Morata.
- Subirats, J.; Gomà, R.; Brugué, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. [Versión electrónica]. Bilbao: Fundación BBVA. Recuperado de http://www.grupobbva.com/TLFU/dat/DT_2005_04.pdf.
- Subirats, J.; Riba, C.; Giménez, L., et al. (2004). *Pobreza y exclusión social, un análisis de la realidad española y europea*. [Versión electrónica]. Barcelona: Fundación La Caixa. Recuperado de

<http://www.fudepa.org/Biblioteca/recursos/ficheros/BMI20050000050/pobreza.pdf>.

Tezanos, J. (2002). Desigualdad y exclusión social en las sociedades tecnológicas. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35, 35-54. Recuperado de http://www.pymesonline.com/uploads/tx_icticontent/tezanos.pdf.

Torres, I. (2011). *La incorporación sociolaboral de las personas drogodependientes*. [Versión electrónica]. Murcia: Universidad de Murcia. Recuperado de https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=a73b105d-b539-4ad1-bbd4-fae21190bbaa&groupId=478659.

Trabajo Social en drogodependencia. (2010). Málaga: ICB.

Uribe, M.; Mora, L.; Cortés, A. C. (2007). *Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y en familias con enfermedad mental*. [Versión electrónica]. Bogotá: Universitas Medica. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668003.pdf>.

Valverde, J. (2002). *El diálogo terapéutico en exclusión social*. Madrid: Narcea.

Varo, J. R. (2011). *La reforma de la atención a la Salud Mental en Navarra*. Madrid: International marketing communication (IMC).

Viu, B. E. (2013). Gravedad clínica y social en las personas atendidas en hospital de día para el tratamiento de las drogodependencias y el alcoholismo. *Revista Trabajo Social y Salud*, 74, 85-94.

Viu, B., et al. (2014). *Modelos de diagnóstico social. Jornadas de trabajo*. [Diapositivas de PowerPoint]. No publicado.

ANEXOS

A. Anexo I: diagnósticos sociales elaborados

Paciente: 1

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Femenino

Edad: 64 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía			X
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación	X		
Formación/Educación	X		
Vivienda	X		
Participación Social			X
Aceptación Social			X

Paciente: 2

Diagnóstico Social: Exclusión social leve

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Femenino

Edad: 47 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información	X		
Habilidades Sociales		X	
Autonomía		X	
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial		X	
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación	X		
Vivienda	X		
Participación Social			X
Aceptación Social		X	

Paciente: 3

Diagnóstico Social: Situación social adecuada

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Femenino

Edad: 50 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía	X		
Relación Convivencial		X	
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación	X		
Formación/Educación	X		
Vivienda	X		
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 4

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Femenino

Edad: 43 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales			X
Autonomía		X	
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial		X	
Recursos Económicos		X	
Trabajo/Ocupación		X	
Formación/Educación			X
Vivienda			X
Participación Social		X	
Aceptación Social	X		

Paciente: 5

Diagnóstico Social: Exclusión social leve

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Femenino

Edad: 37 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información	X		
Habilidades Sociales	X		
Autonomía	X		
Relación Convivencial	X		
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación		X	
Formación/Educación	X		
Vivienda	X		
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 6

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Femenino

Edad: 32 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía		X	
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación			X
Vivienda			X
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 7

Diagnóstico Social: Exclusión social leve

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Femenino

Edad: 41 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía		X	
Relación Convivencial		X	
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación	X		
Vivienda		X	
Participación Social		X	
Aceptación Social	X		

Paciente: 8

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Masculino

Edad: 53 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales			X
Autonomía			X
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación	X		
Formación/Educación	X		
Vivienda	X		
Participación Social			X
Aceptación Social			X

Paciente: 9

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Masculino

Edad: 54 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información	X		
Habilidades Sociales		X	
Autonomía			X
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial		X	
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación	X		
Vivienda			X
Participación Social			X
Aceptación Social			X

Paciente: 10

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 46 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía		X	
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación	X		
Vivienda			X
Participación Social			X
Aceptación Social	X		

Paciente: 11

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Masculino

Edad: 39 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información			X
Habilidades Sociales			X
Autonomía		X	
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación			X
Vivienda			X
Participación Social			X
Aceptación Social			X

Paciente: 12

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 20 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales			X
Autonomía	X		
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación			X
Vivienda			X
Participación Social			X
Aceptación Social			X

Paciente: 13

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Masculino

Edad: 41 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales			X
Autonomía		X	
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación	X		
Formación/Educación		X	
Vivienda		X	
Participación Social			X
Aceptación Social			X

Paciente: 14

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Masculino

Edad: 51 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales			X
Autonomía			X
Relación Convivencial		X	
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación	X		
Formación/Educación	X		
Vivienda		X	
Participación Social			X
Aceptación Social			X

Paciente: 15

Diagnóstico Social: Exclusión social moderada

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 56 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales	X		
Autonomía		X	
Relación Convivencial		X	
Organización de la unidad convivencial		X	
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación			X
Vivienda	X		
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 16

Diagnóstico Social: Exclusión social leve

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 48 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía	X		
Relación Convivencial		X	
Organización de la unidad convivencial		X	
Recursos Económicos		X	
Trabajo/Ocupación	X		
Formación/Educación	X		
Vivienda			X
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 17

Diagnóstico Social: Exclusión social leve

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 26 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía	X		
Relación Convivencial		X	
Organización de la unidad convivencial		X	
Recursos Económicos		X	
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación			X
Vivienda			X
Participación Social	X		
Aceptación Social		X	

Paciente: 18

Diagnóstico Social: Exclusión social leve

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Masculino

Edad: 28 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales	X		
Autonomía	X		
Relación Convivencial	X		
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación	X		
Formación/Educación	X		
Vivienda			X
Participación Social		X	
Aceptación Social	X		

Paciente: 19

Diagnóstico Social: Exclusión social moderada

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 36 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales	X		
Autonomía	X		
Relación Convivencial	X		
Organización de la unidad convivencial		X	
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación	X		
Vivienda			X
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 20

Diagnóstico Social: Exclusión social moderada

Diagnóstico clínico: Trastorno dual

Género: Masculino

Edad: 53 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía	X		
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación		X	
Formación/Educación	X		
Vivienda			X
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 21

Diagnóstico Social: Exclusión social leve

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 48 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información	X		
Habilidades Sociales		X	
Autonomía	X		
Relación Convivencial			X
Organización de la unidad convivencial			X
Recursos Económicos	X		
Trabajo/Ocupación		X	
Formación/Educación	X		
Vivienda	X		
Participación Social	X		
Aceptación Social	X		

Paciente: 22

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 47 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales		X	
Autonomía	X		
Relación Convivencial		X	
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación			X
Vivienda			X
Participación Social	X		
Aceptación Social		X	

Paciente: 23

Diagnóstico Social: Exclusión social grave

Diagnóstico clínico: Trastorno adictivo de sustancias

Género: Masculino

Edad: 29 años

AREAS DE NECESIDAD	ADECUADA	DEFICITARIA	MUY DEFICITARIA
Información		X	
Habilidades Sociales	X		
Autonomía	X		
Relación Convivencial	X		
Organización de la unidad convivencial	X		
Recursos Económicos			X
Trabajo/Ocupación			X
Formación/Educación			X
Vivienda			X
Participación Social		X	
Aceptación Social	X		

B. Anexo II: Guiones de las entrevistas realizadas**B.1. Trabajadora social de Zuria (Entrevistada I)**

Información:

1. Cuando acuden a este servicio, ¿saben qué se les oferta?
2. ¿Son proactivos/as a la hora de informarse?

Habilidades sociales:

1. Las personas que atiendes, ¿siguen el hilo conductor de la conversación?
2. ¿Saben expresar sus sentimientos? Cuando están en una conversación y tienen que contestar estando en desacuerdo conforme lo que están hablando ¿le contestan de forma agresiva, asertiva...suelen manejar bien estas formas de comunicación?
3. ¿Son realistas los objetivos que se propone?
4. Cuando suceden acontecimientos inesperados, ¿se adaptan a ellos de forma correcta?

Autonomía:

1. ¿Son personas capaces de valerse por sí mismas en su vida cotidiana? ¿En qué lo ves reflejado?
2. ¿Necesitan tratamientos de especialistas de Salud Mental para llevar una vida lo más adecuada posible a lo largo de su vida? ¿Por qué?
3. ¿Son correctas las derivaciones que se llevan a cabo en el circuito de SM?
4. ¿Repercuten de alguna manera en la estabilidad psicopatológica del paciente la escasez de recursos que me ha comentado?

Relación convivencial:

1. ¿Suelen tener una relación adecuada con la familia de origen? ¿Suelen ser familias desestructuradas o disfuncionales? ¿Cuál es la problemática más habitual?
2. ¿Hay un antes y después en la irrupción de la enfermedad mental en las relaciones familiares?

Vivienda:

1. ¿Cómo valoras la situación residencial de las personas con enfermedad mental, tanto en lo que se refiere a acceso a vivienda propia, como alquiler, recursos residenciales? ¿Son adecuados o no?
2. ¿Tienden a juntarse personas de las mismas características en pisos alquilados?

Organización de la unidad convivencial:

1. ¿Realizáis actividades para fortalecer la organización de las tareas del hogar?
¿Por qué las lleváis a cabo?
2. ¿Respetan las horas establecidas para las actividades? ¿Ocurre todas las semanas?
3. ¿Saben gestionarse de forma adecuada el dinero para que les dure hasta final de mes? ¿Por qué?

Recursos económicos:

1. ¿Cuáles son sus fuentes habituales de ingresos? ¿Las consideras suficientes para satisfacer sus necesidades?
2. En el caso en el que los ingresos procedan de prestaciones, ¿Son regulares estos ingresos? ¿Se hace buen uso de estas por parte de los pacientes?
3. ¿Crees que se puede mejorar la situación económica de los pacientes de alguna manera? ¿Se suele conseguir?
4. ¿Crees que afecta la situación económica en la Salud Mental de los pacientes?

Laboral:

1. ¿Cómo consideras que es la situación del empleo en esta colectivo de personas?
2. Cuando tienen una patología dual, ¿Suelen sufrir algún tipo de proceso de estigmatización que les lleve a no incluirse en la bolsa de trabajo?
3. ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social de las personas con enfermedad mental?
4. Al tener unos horarios fijados, ¿Consideras que la situación laboral puede influir en la estabilidad psicopatológica de estas personas?

5. ¿Cómo crees que se puede mejorar la empleabilidad de las personas que acuden al HDZ?

Formativo:

1. ¿Cuál consideras que es el nivel formativo medio de las personas con enfermedad mental?
2. ¿Cuándo empieza la mayoría en el consumo de las drogas?
3. ¿Afecta el consumo de drogas en la etapa académica? ¿Por qué?

Participación social:

1. ¿Es habitual la expresión de expectativas de desarrollo personal o profesional? ¿Cómo crees que se sitúan ante estas expectativas (optimismo, pesimismo, indiferencia)? ¿Son realistas?
2. ¿Cómo son las relaciones sociales (amistades etc.)? ¿Influyen en las decisiones de su día a día?
3. ¿Cómo valoras la participación de las personas con enfermedad mental en los recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.?

Aceptación social:

1. En el HDZ tenéis dos tipos de pacientes, lo que tienen diagnosticado únicamente un trastorno adictivo de sustancias y los que tienen dual. ¿Cuál está más predispuesto a sufrir desigualdad o discriminación en el uso de sus derechos? ¿Por qué?

B.2. Educadora social de Zuria (Entrevistada II)

Información:

1. Cuando acuden a este servicio, ¿saben qué se les oferta?
2. ¿Son conscientes de que vienen a realizar procesos de deshabituación?
3. ¿Son proactivos a la hora de informarse?

Habilidades sociales:

1. Las personas que atiendes, ¿siguen el hilo conductor de la conversación?
¿Consideras que tienen habilidades sociales para mantener una conversación sobre un tema que no dominan?
2. Por ejemplo, ¿Qué otros talleres les cuesta más?
3. ¿Saben expresar sus sentimientos? ¿Quiénes son más propensos a ello, los hombres o las mujeres?
4. ¿Tenéis alguna actividad que realizáis para poner objetivos y así poder planificarse? ¿Son realistas los objetivos que se proponen?
5. Cuando suceden acontecimientos inesperados, ¿se adaptan a ellos de forma correcta?

Autonomía:

1. ¿Son personas capaces de valerse por sí mismas en su vida cotidiana? ¿Como cuáles? ¿En qué lo ves reflejado?
2. ¿Necesitan tratamientos de especialistas de Salud Mental para llevar una vida lo más adecuada posible? ¿Por qué?
3. ¿Son correctas las derivaciones que se llevan a cabo en el circuito de Salud Mental? ¿Repercuten de alguna manera en la estabilidad psicopatológica del paciente?

Relación convivencial:

1. La mayoría de los familiares de origen de estas personas, ¿Suelen ser familias desestructuradas o disfuncionales?
2. ¿Suelen tener una relación adecuada con la familia de origen? ¿Cuál es la problemática más habitual?

Vivienda:

1. ¿Cómo valoras la situación residencial de las personas con enfermedad mental, tanto en lo que se refiere a acceso a vivienda propia, como alquiler, recursos residenciales?
2. ¿Cómo crees que afecta la situación residencial a la salud mental de estas personas?
3. ¿Tienden a juntarse personas de las mismas características en pisos alquilados?

Organización de la unidad convivencial:

1. ¿Realizáis actividades para fortalecer la organización de las tareas del hogar?
¿Por qué las lleváis a cabo?
2. ¿Saben gestionarse de forma adecuada el dinero para que les dure hasta final de mes?

Recursos económicos:

1. ¿Cuáles son sus fuentes habituales de ingresos? ¿Las consideras suficientes para satisfacer sus necesidades? ¿Se hace buen uso de estas por parte de los pacientes?
2. ¿Crees que se puede mejorar la situación económica de los pacientes de alguna manera?
3. Recibir de manera regular estas prestaciones, ¿Cree que conlleva que no valoren el valor del dinero?
4. ¿Crees que afecta la situación económica en la Salud Mental de los pacientes?

Laboral:

1. ¿Cómo consideras que es la situación del empleo en esta colectivo de personas?
2. ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social de las personas con enfermedad mental?
3. ¿Consideras que la situación laboral puede influir en la estabilidad psicopatológica de estas personas?

4. ¿Cómo crees que se puede mejorar la empleabilidad de las personas que acuden al HDZ?

Formativo:

1. ¿Cuál consideras que es el nivel formativo medio de las personas con enfermedad mental?
2. ¿Crees que ha influido la enfermedad en este nivel formativo de las personas más jóvenes? ¿Por qué?

Participación social:

1. ¿Es habitual la expresión de expectativas de desarrollo personal o profesional? ¿Cómo crees que se sitúan ante estas expectativas (optimismo, pesimismo, indiferencia)? ¿Son realistas?
2. ¿Cómo son las relaciones sociales (amistades etc.)? ¿Influyen en las decisiones de su día a día?
3. ¿Existe alguna diferencia entre la participación social de manera formal o informal de las personas que tienen únicamente diagnosticado un trastorno adictivo de sustancias de las de patología dual?
4. ¿Cómo valoras la participación de las personas con enfermedad mental en los recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.?

Aceptación social:

1. En el HDZ tenéis dos tipos de pacientes, lo que tienen diagnosticado únicamente un trastorno adictivo de sustancias y los que tienen dual. ¿Cuál está más predispuesto a sufrir desigualdad o discriminación en el uso de sus derechos? ¿Por qué?
2. ¿Cómo cree que esta visto por la sociedad que una persona acuda a un centro como el HDZ?

B.3. Persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada III)**Información:**

1. ¿Podrías decirme qué entiendes por deshabituación?
2. Cuando tienes un problema de Salud Mental, ¿sabes a qué recurso dirigirse?

Habilidades sociales:

1. ¿Sueles tener a veces conversaciones acaloradas con otras personas? ¿Utilizas una comunicación que respete tu posición propia y la de los demás?
2. ¿Te sientes libre a la hora de expresar sentimientos con personas cercanas? ¿Y de captarlos? ¿Por qué?
3. Cuando te planteas una meta, ¿tiendes a ponerte objetivos altos para esforzarte mucho?
4. Si ocurre algo que no tenías previsto y te cambia los planes, ¿tienes dificultad para adaptarte de forma adecuada?

Autonomía:

1. ¿Consideras importante el apoyo de los profesionales del HDZ en tu día a día? ¿Por qué?
2. ¿Necesitas apoyo de terceras personas para realizar funciones de la vida cotidiana? En una escala del 1-10, siendo 1 nada y 10 mucho, ¿cómo lo posicionarías?

Relación convivencial:

1. ¿Cómo calificarías la relación convivencial con tu familia? ¿Crees que la problemática que te ha traído al HDZ tiene algo que ver con la relación que tienes?
2. En una escala del 1-10, siendo 1 nada y 10 mucho, ¿hay discusiones de manera frecuente en el hogar?

Vivienda:

1. ¿Cómo valoras tu situación residencial? ¿Crees que la tienes cubierta a largo plazo? ¿Por qué?

2. ¿Cómo valoras los vecinos o el barrio donde resides? ¿Por qué?
3. ¿Cómo afecta la situación residencial a etapa actual?

Organización de la unidad convivencial:

1. ¿Te tienen que ayudar a organizarte para poder realizar las tareas del hogar?
2. ¿Te administras tú el dinero? ¿Has tenido que deber dinero alguna vez a alguna persona cercana?

Recursos económicos:

1. ¿Cuáles son tus fuentes habituales de ingresos? ¿Las consideras suficientes para satisfacer tus necesidades?
2. En el caso en el que los ingresos procedan de prestaciones, ¿las consideras suficientes?
3. ¿Gastas el dinero en cosas que no son prioritarias para ti? ¿Por qué?

Laboral:

1. En la actualidad, ¿en qué situación laboral te encuentras?
2. ¿Tienes previsto a corto-medio plazo buscar un trabajo? (si lo tiene) ¿Qué esperanza tienes de este? En una escala del 1 al 10 siendo 1 nada y 10 mucho ¿Qué esperanza tienes de ese trabajo?
3. ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social?
4. ¿Te sientes mejor contigo misma cuando estás trabajando?
5. ¿Cómo crees que puedes mejorar tu empleabilidad?

Formativo:

1. ¿Qué nivel formativo tienes? ¿Qué factores crees que han influido en este? ¿Por qué?
2. ¿Te ves capaz de aumentar tu currículum mejorando tu formación? ¿Por qué?

Participación social:

1. ¿Participas en recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.? ¿Cómo has interpretado lo que me has dicho?
2. ¿Cómo calificarías las relaciones sociales (amistades etc.)?

Aceptación social:

1. ¿Alguna vez no has podido expresarte libremente en la sociedad debido a tu modelo de vida? ¿Por qué?
2. ¿Consideras que tu situación genera una afectación negativa por parte de otras personas a la hora de entablar una relación?

B.4. Familiar de persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada IV)

Información:

1. ¿Sabría su hijo en caso de que necesite ayuda por algún problema que tenga debido a su enfermedad acudir a un centro especializado?
2. ¿Sabría su hijo a qué personas dirigirse para que le guíen a dónde debe de ir cuando le sucede?

Habilidades sociales:

1. ¿Considera que su hijo es capaz de iniciar y mantener una conversación de manera asertiva?
2. Así mismo, ¿cree que su hijo es capaz de captar o expresar sentimientos de una forma adecuada?
3. ¿Son realistas los objetivos que se propone su hijo?
4. Con acontecimientos inesperados, ¿Su hijo se adapta de forma adecuada?

Autonomía:

1. ¿Necesita su hijo apoyo de terceras personas para realizar funciones de la vida cotidiana?

Relación convivencial:

1. ¿Convive con su hijo en casa?
2. ¿Es adecuada la relación convivencial de su hijo en casa?
3. ¿Cómo afecta la irrupción de la enfermedad mental de su hijo en las relaciones familiares?
4. En una escala del 1-10, siendo 1 nada y 10 mucho, ¿hay discusiones de manera frecuente en el hogar?

Vivienda:

1. ¿Cómo valoras la situación residencial de las personas con enfermedad mental, tanto en lo que se refiere a acceso a vivienda propia, como alquiler, recursos residenciales?
2. ¿Cómo crees que afecta la situación residencial a la salud mental de tu hijo?

Organización de la unidad convivencial:

1. ¿Cómo calificarías la organización de las tareas domésticas de su hijo?
¿Adecuada o mala?
2. ¿Mantiene su cuarto en condiciones adecuadas?
3. ¿Se administra su hijo competentemente el dinero?

Recursos económicos:

1. ¿Cuáles son las fuentes habituales de ingresos de su hijo? ¿Las consideras suficientes para satisfacer sus necesidades?
2. ¿Cree que su hijo puede aumentar sus ingresos? ¿Cómo?
3. ¿Crees que afecta la situación económica en su Salud Mental?

Laboral:

1. ¿Cómo consideras que es la situación laboral de tu hijo?
2. ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social?
3. ¿Consideras que la situación laboral puede influir en la estabilidad psicopatológica de tu hijo?
4. ¿Cómo crees que puede mejorar la empleabilidad tu hijo?

Formativo:

1. ¿Crees que ha influido la enfermedad en el nivel formativo de tu hijo? ¿Por qué?
2. ¿Cuál consideras que es el nivel formativo medio de las personas con las características de tu hijo?

Participación social:

1. ¿Cuál es el nivel de participación formal de su hijo en la comunidad? ¿E informal?
2. ¿Cómo valoras la participación de su hijo en los recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.?
3. ¿Cómo son las relaciones sociales (amistades etc.)de su hijo?

Aceptación social:

1. Cuando has realizado actividades con su hijo, ¿Ha obtenido el mismo trato que si fueras sola? ¿Por qué?

C. Anexo III: Transcripción de entrevistas

C.1. Trabajadora social de Zuria (Entrevistada I)

Información:

Entrevistador: Cuando acuden a este servicio, ¿saben qué se les oferta?

Entrevistada I: Pues suelen saber muy poca información, saben que se les deriva a este servicio pero vienen muy pocos con información sobre los servicios que ofrecemos.

Entrevistador: ¿Son proactivos a la hora de informarse?

Entrevistada I: No, normalmente suelen ser bastante proactivos y al principio les cuesta preguntar pero después sí, sí, normalmente sí

Habilidades sociales:

Entrevistador: Las personas que atiendes, ¿siguen el hilo conductor de la conversación?

Entrevistada I: Pues...la mayoría de las veces sí, y si no lo siguen ellos, lo siguen los acompañantes que vienen, entonces sí, no suele haber problemas.

Entrevistador: ¿Saben expresar sus sentimientos? Cuando están en una conversación y tienen que contestar estando en desacuerdo conforme lo que están hablando ¿le contestan de forma agresiva, asertiva...suelen manejar bien estas formas de comunicación?

Entrevistada I: Bueno, pues normalmente no, suele ser un área en la que suelen tener problemas, aunque eso no significa que no manifiesten sus sentimientos, ya que lo pueden hacer, pero otra cosa es que lo hagan de forma adecuada o inadecuada. Pues normalmente no suelen hacerlo muy bien, por eso aquí se trabaja toda el área de habilidades sociales como un grupo psicoterapéutico especial.

Entrevistador: ¿Son realistas los objetivos que se propone?

Entrevistada I: Pues a veces no, por eso los grupos de objetivos están dirigidos por profesionales del centro para conducirlos a objetivos más realistas o sobre todo operativos que vayan a hacer.

Entrevistador: Cuando suceden acontecimientos inesperados, ¿se adaptan a ellos de forma correcta?

Entrevistada I: Pues habitualmente no saben adaptarse a nuevas circunstancias, se quedan desconcertados.

Autonomía:

Entrevistador: ¿Son personas capaces de valerse por sí mismas en su vida cotidiana? ¿En qué lo ves reflejado?

Entrevistada I: Necesitan un apoyo y acompañamiento social prácticamente todos. Es que normalmente cuando vienen aquí vienen ya después de haber pasado por un montón de servicios de atención, como servicios sociales, servicios sanitarios...vienen ya con un deterioro importante.

Entrevistador: ¿Necesitan tratamientos de especialistas de Salud Mental para llevar una vida lo más adecuada posible a lo largo de su vida? ¿Por qué?

Entrevistada I: Sí, necesitan tratamientos de especialistas de Salud Mental porque hablamos de una enfermedad que es crónica, entonces bueno ya partiendo de que son pacientes que no se van a curar nunca, para mantener estabilidad a lo largo del tiempo necesitan supervisión, igual no tanto de este centro, pero sí de los centro de salud mental.

Entrevistador: ¿Son correctas las derivaciones que se llevan a cabo en el circuito de SM?

Entrevistada I: En principio correctas son todas, otra cosa es que desde los centros no se tenga muy en cuenta cuales son los objetivos de un servicio como y que la escasez de recursos de atención a pacientes como los nuestros obligue a veces tener que atender pacientes que estarían mejor en otro tipo de dispositivos pero como no existen vienen aquí.

Entrevistador: ¿Repercuten de alguna manera en la estabilidad psicopatológica del paciente la escasez de recursos que me ha comentado?

Entrevistada I: Hombre, a ver...tampoco creo que sea responsabilidad la estabilidad psicopatológica de los pacientes de que haya o no recursos, hay otros factores personales. Luego estamos hablando de personas con adicción, entonces a más tiempo de abstinencia más estabilidad, no es un tema tanto de recursos.

Relación convivencial:

Entrevistador: ¿Suelen tener una relación adecuada con la familia de origen? ¿Suelen ser familias desestructuradas o disfuncionales? ¿Cuál es la problemática más habitual?

Entrevistada I: Pues hay de todo, en general en un porcentaje muy alto vienen de familias con problemas previos de adicción en otros miembros de la familia y con problemáticas importantes a otros niveles. La problemática más habitual viene derivada de la adicción, en un porcentaje grande sí, familias rotas, disfuncionales, desestructuradas...

Entrevistador: ¿Hay un antes y después en la irrupción de la enfermedad mental en las relaciones familiares?

Entrevistada I: Sí, sin duda.

Vivienda:

Entrevistador: ¿Cómo valoras la situación residencial de las personas con enfermedad mental, tanto en lo que se refiere a acceso a vivienda propia, como alquiler, recursos residenciales? ¿Son adecuados o no?

Entrevistada I: Pues tampoco hay mucha distinción en relación al resto de personas que no tienen enfermedad mental, pero sí que es verdad que tienen más dificultades estos pacientes por la problemática de falta de trabajo, de falta de ingresos que impide que tengan un acceso más adecuado a la vivienda en cualquiera de sus vertientes.

Entrevistador: ¿Tienden a juntarse personas de las mismas características en pisos alquilados?

Entrevistada I: Habitualmente, sí. Tienden a juntarse con pares, con gente como ellos y si comparten piso pues lo más probable es que en el mismo piso haya varias personas con problemas de salud mental.

Organización de la unidad convivencial:

Entrevistador: ¿Realizáis actividades para fortalecer la organización de las tareas del hogar? ¿Por qué las lleváis a cabo?

Entrevistada I: Intentamos cosas muy básicas, como el cuidado y el aseo personal, el cuidado y el aseo del entorno, el saber estar en una mesa, comer en condiciones, mejora de la situación física...cosas muy muy básicas. Pues porque muchas de estas personas o han perdido esas destrezas o no las han tenido nunca.

Entrevistador: ¿Respetan las horas establecidas para las actividades? ¿Ocurre todas las semanas?

Entrevistada I: No, en general suelen respetarlo.

Entrevistador: ¿Saben gestionarse de forma adecuada el dinero para que les dure hasta final de mes? ¿Por qué?

Entrevistada I: No, la mayoría de las veces no. Porque el propio trastorno adictivo les lleva a que casi todo lo que ingresan lo gasten en consumo, entonces ya a partir de ahí es una bola.

Recursos económicos:

Entrevistador: ¿Cuáles son sus fuentes habituales de ingresos? ¿Las consideras suficientes para satisfacer sus necesidades?

Entrevistada I: Pues cada vez con más frecuencia son pensiones contributivas de la seguridad social y prestaciones sociales. No.

Entrevistador: En el caso en el que los ingresos procedan de prestaciones, ¿Son regulares estos ingresos? ¿Se hace buen uso de estas por parte de los pacientes?

Entrevistada I: Sí, porque bueno una pensión de la seguridad social es regular y una renta garantizada también es regular.

Entrevistador: ¿Crees que se puede mejorar la situación económica de los pacientes de alguna manera? ¿Se suele conseguir?

Entrevistada I: Una persona que no tiene una incapacitación civil si consigue controlar y mantener en abstinencia es cuestión de enseñarle hacer una buena administración que es también parte de las cosas que hacemos aquí. A veces sí, a veces no.

Entrevistador: ¿Crees que afecta la situación económica en la Salud Mental de los pacientes?

Entrevistada I: Sí, sin duda. Porque hay muchos que lo han perdido todo a raíz de una crisis personal o laboral, han perdido trabajo, familia, vivienda...

Laboral:

Entrevistador: ¿Cómo consideras que es la situación del empleo en esta colectivo de personas?

Entrevistada I: No diferente al resto de personas en el tema de trastornos adictivos, cuando hay también una enfermedad mental asociada ya la cosa cambia, pero en principio no diferente al de las personas sin un trastorno.

Entrevistador: Cuando tienen una patología dual, ¿Suelen sufrir algún tipo de proceso de estigmatización que les lleve a no incluirse en la bolsa de trabajo?

Entrevistada I: No, yo creo que más bien es ignorancia de saber en su situación qué posibilidades de empleo tienen.

Entrevistador: ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social de las personas con enfermedad mental?

Entrevistada I: Sin duda, tal y como vivimos en la actualidad el empleo es lo más normalizador que puede haber para cualquier persona y una persona con enfermedad mental no es diferente a los demás.

Entrevistador: Al tener unos horarios fijados, ¿Consideras que la situación laboral puede influir en la estabilidad psicopatológica de estas personas?

Entrevistada I: Es complicado porque la estabilidad psicopatológica de una persona no depende de tener un empleo porque hay gente que tiene ingresos regulares y sin embargo su inestabilidad es permanente sobre todo cuando hablamos de patología dual.

Entrevistador: ¿Cómo crees que se puede mejorar la empleabilidad de las personas que acuden al HDZ?

Entrevistada I: Difícil porque cada vez más personas vienen con incapacidades permanentes o absolutas, es decir, que no pueden trabajar entonces es complicado. Tendrían que más orientados a actividades o centros ocupacionales y en esta área (trastorno adictivo en Navarra) no existe ninguno.

Formativo:

Entrevistador: ¿Cuál consideras que es el nivel formativo medio de las personas con enfermedad mental?

Entrevistada I: Suelen tener la mayoría estudios primarios o el equivalente a la ESO de aquí...

Entrevistador: ¿Cuándo empieza la mayoría en el consumo de las drogas?

Entrevistada I: La mayoría empieza el consumo de drogas en la adolescencia y es cuando uno está en pleno proceso de formación, de desarrollo de personalidad...

Entrevistador: ¿Afecta el consumo de drogas en la etapa académica? ¿Por qué?

Entrevistada I: Cuando el inicio del consumo de drogas es muy temprano sí, sin duda. Porque si tú te inicias en el consumo de drogas tan joven seguramente que te acompañan otras dificultades (personales y sociales) que no están siendo atendidas y eso a veces implica el abandono escolar porque dificultades de integración en el colegio, dificultades con compañeros...

Participación social:

Entrevistador: ¿Es habitual la expresión de expectativas de desarrollo personal o profesional? ¿Cómo crees que se sitúan ante estas expectativas (optimismo, pesimismo, indiferencia)? ¿Son realistas?

Entrevistada I: Muy pocas veces tienen expectativas de futuro, viven el presente. Pues con indiferencia más bien porque no suelen ser conscientes de su situación hasta que están en abstinencia, y eso cuesta. Son realistas, sí

Entrevistador: ¿Cómo son las relaciones sociales (amistades etc.)? ¿Influyen en las decisiones de su día a día?

Entrevistada I: Habitualmente escasas y pobres y relacionadas con el mundo del consumo. Sí, en mi opinión influyen.

Entrevistador: ¿Cómo valoras la participación de las personas con enfermedad mental en los recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.?

Entrevistada I: Prácticamente nulos en la mayoría de los casos.

Aceptación social:

Entrevistador: En el HDZ tenéis dos tipos de pacientes, lo que tienen diagnosticado únicamente un trastorno adictivo de sustancias y los que tienen dual. ¿Cuál está más predispuesto a sufrir desigualdad o discriminación en el uso de sus derechos? ¿Por qué?

Entrevistada I: Trastorno dual sin duda. Porque tienen que enfrentar dos problemas estigmatizantes, por un lado el trastorno adictivos y por otro la enfermedad mental.

C.2. Educadora social de Zuria (Entrevistada II)

Información:

Entrevistador: Cuando acuden a este servicio, ¿saben qué se les oferta?

Entrevistada II: Básicamente las actividades no, creo que saben la mayoría de ellos que vienen a un centro de drogodependencias porque evidentemente saben que son consumidores de la sustancia que sea y vienen a hacerse unos tratamientos, como ellos dicen a curarse, pero creo que no son conscientes y pocas veces se les ha explicado el contenido del centro, las actividades del día a día.

Entrevistador: ¿Son conscientes de que vienen a realizar procesos de deshabituación?

Entrevistada II: Eh...pues una gran mayoría sí, porque claro son conscientes de que la abstinencia implica una deshabituación.

Entrevistador: ¿Son proactivos a la hora de informarse?

Entrevistada II: Bueno pues hay de todo la verdad, pero principalmente es más el profesional que le tiene que ir explicando y a veces...eh... porque así lo queremos nosotros. Cuando llegan se les da demasiada información, de quizás de horarios de entrada del centro, de que mañana toca gimnasia...entonces, al principio no lo asimilan, entonces les pedimos que se relajen y que nosotros les vamos diciendo, y que poco ya se van aprendiendo el horario y la dinámica. Nuestro objetivo (educadores sociales) es que no se atasquen por el exceso de información.

Habilidades sociales:

Entrevistador: Las personas que atiendes, ¿siguen el hilo conductor de la conversación? ¿Consideras que tienen habilidades sociales para mantener una conversación sobre un tema que no dominan?

Entrevistada II: Pues depende de la actividad, hay actividades que son más sencillas para ellos como pueden ser la actividad física, la de taller...que se les explica que es un trabajo de estimulación cognitiva, que no es hacer una manualidad...ahí es más sencillo, pero a veces en otros talleres de trabajo sí que les cuesta más el seguir ese proceso.

Entrevistador: Por ejemplo, ¿Qué otros talleres les cuesta más?

Entrevistada II: Eh... en habilidades sociales, en los grupos de alcohol...

Entrevistador: ¿Saben expresar sus sentimientos? ¿Quiénes son más propensos a ello, los hombres o las mujeres?

Entrevistada II: Sí, en general sí, porque yo creo que se crea ese espacio de confianza como para que en determinados espacios, si la necesidad en ese momento es llorar, uno se expresa llorando, y además nosotros así se lo pedimos: si necesitas llorar, llora, no es ni vergonzoso ni te cortes ni nada, todo el mundo lo hacemos, y si en este momento te pide llorar pues delante de las personas del grupos, llora, si te apetece salir a una sala en concreto o al baño donde tú quieras...tu elijas, eres libre de elegir en este momento.

Las mujeres en este centro en la mayoría de las actividades expresan mucho más sus sentimientos, tienen otra manera de relacionarse y de hecho los educadores comentamos que cuando hay mayor número de mujeres o hay mujeres dentro del grupo...el trabajo, los comentarios...la dinámica del grupo es más viva.

Entrevistador: ¿Tenéis alguna actividad que realizáis para poner objetivos y así poder planificarse? ¿Son realistas los objetivos que se proponen?

Entrevistada II: Les enseñamos la parte educativa para programarse, organizar, planificar todas las actividades de lunes a domingo. Nosotros hacemos que sean realistas, porque nuestra misión es que sean objetivos a corto plazo y que sean realistas, ya que no podemos permitir al paciente que pierda el tiempo en un objetivo fantasioso, si alguien te plantea que se quiere apuntar a la universidad porque quiero hacer... pero si realmente tu potencial en este momento no es este, pues a ver...también hay que ser realistas y bajarles a la realidad, ya que hay cosas que hay que fomentarles y hay cosas que hay que quitarles.

Entrevistador: Cuando suceden acontecimientos inesperados, ¿se adaptan a ellos de forma correcta?

Entrevistada II: Bueno, como en todo hay de todo, pero la mayoría al principio pregunta el por qué...alguna queja porque esa actividad es la que les gusta...igual al principio hay un poco de desconcierto, pero bueno eso dura 3 minutos, se adaptan.

Autonomía:

Entrevistador: ¿Son personas capaces de valerse por sí mismas en su vida cotidiana? ¿Como cuáles? ¿En qué lo ves reflejado?

Entrevistada II: Pues hay una serie de áreas que desde luego no. Pues la autonomía en plan de planificar adecuadamente su día a día, con la economía (estos recursos son los que yo tengo y los tengo que dividir para mis gastos si o si y luego para el resto de mis actividades)...ahí tienen dificultades, También mucho tienen problemas en tomarse la medicación por su cuenta, se les olvida, no me apetece, se la toman más tarde que cuando se les indica... hay bastantes áreas que las tienen tocadas.

Entrevistador: ¿Necesitan tratamientos de especialistas de Salud Mental para llevar una vida lo más adecuada posible? ¿Por qué?

Entrevistada II: Sin duda que sí. Incluso tenía que ser en el tiempo más prolongada, y muchos de ellos necesitarían un educador que les acompañara en la planificación de su día a día, de organizar su alimentación, medicación...necesitarían una supervisión directa y que permaneciera en el tiempo, ya que en muchos de ellos tendría que permanecer a lo largo de toda su vida.

Entrevistador: ¿Son correctas las derivaciones que se llevan a cabo en el circuito de Salud Mental? ¿Repercuten de alguna manera en la estabilidad psicopatológica del paciente?

Entrevistada II: Bueno yo creo que es estos momentos no se están haciendo bien las derivaciones, pero no porque les vaya a repercutir de manera negativa, sino que quizás las necesidades de los pacientes que están derivando son de otro recurso, no de Zuria, y yo creo que está ahí el kit de la cuestión. Daño no les vamos a hacer, somos profesionales de la Salud Mental y sabemos el mensaje que les vamos a dar y también podemos ver si a alguien le está haciendo daño el tratamiento, si venos que no les

sirve para nada e incluso le podemos dañar pues evidentemente vamos a habilitar otro recurso lo más rápido que podamos.

Relación convivencial:

Entrevistador: La mayoría de los familiares de origen de estas personas, ¿Suelen ser familias desestructuradas o disfuncionales?

Entrevistada II: Pues hay de todo, sí... y bueno coincide muchas veces que son familias desestructuradas, disfuncionales, inmigrantes...

Entrevistador: ¿Suelen tener una relación adecuada con la familia de origen? ¿Cuál es la problemática más habitual?

Entrevistada II: Pues un consumo y normalmente de tantos años pues provoca muchos conflictos familiares y sí, suele estar por lo menos con varios elementos de la familia tocados. Siempre hay personas que les protegen más, pero bueno, en general les ha afectado a todo el mundo.

Vivienda:

Entrevistador: ¿Cómo valoras la situación residencial de las personas con enfermedad mental, tanto en lo que se refiere a acceso a vivienda propia, como alquiler, recursos residenciales?

Entrevistada II: No, yo creo que son escasas y no porque no tengan accesos a vivienda en sí, sino una vivienda en la que ellos tengan un control, alguien que supervise, alguien que les ayude a esa “normalización de vida”. Eso es lo que yo creo que falta, recursos con personas que les ayude a vivir con normalidad.

Entrevistador: ¿Cómo crees que afecta la situación residencial a la salud mental de estas personas?

Entrevistada II: Es una parte fundamental. Sin duda, donde uno vive afecta, si vives en un medio que no está bien estructurado, que hay conflictos y tal, pues desde luego un problema de salud mental poco va a ayudar. Mientras que si tu entorno es relajado, organizado, que te ayuda, que te escucha, que está contigo...evidentemente afecta.

Entrevistador: ¿Tienden a juntarse personas de las mismas características en pisos alquilados?

Entrevistada II: Creo que sí.

Organización de la unidad convivencial:

Entrevistador: ¿Realizáis actividades para fortalecer la organización de las tareas del hogar? ¿Por qué las lleváis a cabo?

Entrevistada II: Sí, de hecho es una parte de los objetivos y vamos, una vez a la semana ellos tienen que relatar qué han hecho y cómo lo han hecho y cómo está yendo esa situación. Evidentemente no vamos más allá, porque si alguien no lo está haciendo estamos nosotros para seguir hablando, tratar de ver esas necesidades de hacer las cosas bien... Porque forma parte de su estabilidad, evidente.

Entrevistador: ¿Saben gestionarse de forma adecuada el dinero para que les dure hasta final de mes?

Entrevistada II: La mayoría de ellos tienen una gran problemática, suelen tener menos ingresos, con lo cual también les dificulta el que puedan cubrir todas las necesidades, pero con la parte que les queda no suele ser muy bien utilizada.

Recursos económicos:

Entrevistador: ¿Cuáles son sus fuentes habituales de ingresos? ¿Las consideras suficientes para satisfacer sus necesidades? ¿Se hace buen uso de estas por parte de los pacientes?

Entrevistada II: Las que yo conozco son la renta básica, incapacidades, baja laboral...Yo diría que como todos los españoles creo que contestaríamos que no, pero tampoco creo que tengan que tener un exceso de dinero, porque como estamos comentando tampoco tienen una buena utilización del dinero. Entonces, si tuvieran una supervisión, o alguien que les manejara esa cantidad de dinero sería perfecto, les llegaría para una vivienda en otras condiciones, para que alguien les estuviera acompañando más, actividades de ocio y tiempo libre, tendrían un mayor abanico para

todos los recursos...pero si los gestionan ellos directamente tienen el riesgo de que acabe siendo utilizado para consumos o por gente tóxica que tienen a su alrededor.

Entrevistador: ¿Crees que se puede mejorar la situación económica de los pacientes de alguna manera?

Entrevistada II: Sí, trabajando mucho con ellos la concienciación, ayudándoles a planificar, ayudándoles a ver sus necesidades, que cuando se acaba el dinero no puedes contar con más porque una mala gestión provoca problemáticas.

Entrevistador: Recibir de manera regular estas prestaciones, ¿Cree que conlleva que no valoren el valor del dinero?

Entrevistada II: Ya no sé si tanto que pierde valor el dinero...pero sí pierde valor su esfuerzo, mi esfuerzo porque este dinero sea bien gastado, que le voy a dar prioridad a este recurso hoy, necesito cambiar de mi casa tal...como el mes que viene me van a dar más, pues ya veremos, creo que pierde valor su esfuerzo.

Entrevistador: ¿Crees que afecta la situación económica en la Salud Mental de los pacientes?

Entrevistada II: Sí, como a todo tipo de personas.

Laboral:

Entrevistador: ¿Cómo consideras que es la situación del empleo en esta colectivo de personas?

Entrevistada II: Bueno...muy complicada y creo que a penas inexistente o sea en Navarra hay recursos, pero hay una gran población con enfermedad mental que sí debería estar ocupada, ya sea por salario o por horario, en definitiva por estar ocupado.

Entrevistador: ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social de las personas con enfermedad mental?

Entrevistada II: Sin duda, sí, rotundamente.

Entrevistador: ¿Consideras que la situación laboral puede influir en la estabilidad psicopatológica de estas personas?

Entrevistada II: Tanto no sé si me atrevería a decir, pero que es un instrumento para ayudar a esa estabilidad, sin duda.

Entrevistador: ¿Cómo crees que se puede mejorar la empleabilidad de las personas que acuden al HDZ?

Entrevistada II: Bueno, eh...trabajo social creo que hace búsqueda de empleo, dirigirles aun servicio o a otro, a los centros ocupacionales... Lo que podríamos hacer es concienciar al resto de profesionales de la necesidad de crear servicios para ellos.

Formativo:

Entrevistador: ¿Cuál consideras que es el nivel formativo medio de las personas con enfermedad mental?

Entrevistada II: Bueno, yo creo que sería un nivel de hasta la ESO...una cosa así. Pero hay de todo, hay licenciados, personas que han sido grandes profesionales en su campo...

Entrevistador: ¿Crees que ha influido la enfermedad en este nivel formativo de las personas más jóvenes? ¿Por qué?

Entrevistada II: Sí, creo que influye, pero no porque sepan que tienen una enfermedad, sino que el tipo de enfermedad les hace que pierdan esa ilusión o esa capacidad para estudiar, pensar en un futuro, a largo plazo...

Participación social:

Entrevistador: ¿Es habitual la expresión de expectativas de desarrollo personal o profesional? ¿Cómo crees que se sitúan ante estas expectativas (optimismo, pesimismo, indiferencia)? ¿Son realistas?

Entrevistada II: Yo creo que no son realistas las expectativas, porque a veces ellos o no acaban de entender cuál es su trastorno y lo que limita este, yo creo que a veces no

están al 100% Se les ha explicado pero hay gente que no lo puede entender o gente que no se lo cree del todo. Yo creo que pesa más el pesimismo.

Entrevistador: ¿Cómo son las relaciones sociales (amistades etc.)? ¿Influyen en las decisiones de su día a día?

Entrevistada II: Para empezar conflictivas porque alguien con trastorno mental...pues no sé si el resto estamos por la labor de entender a estas personas y sus cambios de humor, comportamientos...Las relaciones...pues claro, todo el mundo tendemos a relacionarnos con nuestros a fines, los que son más iguales, con los que puedes entenderte mejor o te van a entender mejor...con lo cual creo que acaban relacionándose enfermedad con enfermedad.

Entrevistador: ¿Existe alguna diferencia entre la participación social de manera formal o informal de las personas que tienen únicamente diagnosticado un trastorno adictivo de sustancias de las de patología dual?

Entrevistada II: Sí, yo creo que sí vamos...un diagnóstico ya es difícil, pues dos tan complicados y tan poco entendibles en la sociedad y a veces tan estigmatizados pues creo complica bastante todo esto.

Entrevistador: ¿Cómo valoras la participación de las personas con enfermedad mental en los recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.?

Entrevistada II: Yo creo que escasa.

Aceptación social:

Entrevistador: En el HDZ tenéis dos tipos de pacientes, lo que tienen diagnosticado únicamente un trastorno adictivo de sustancias y los que tienen dual. ¿Cuál está más predispuesto a sufrir desigualdad o discriminación en el uso de sus derechos? ¿Por qué?

Entrevistada II: Yo creo que no porque siempre va a primar para la gente que lo va a evaluar de fuera o un cosa u otra. Yo creo más que los que tienen trastorno adictivo de sustancias porque el consumo todavía que la sociedad arrastra esa idea de culpabilizar,

mientras que la enfermedad mental normalmente no considera que te la hayas ganado.

Entrevistador: ¿Cómo cree que esta visto por la sociedad que una persona acuda a un centro como el HDZ?

Entrevistada II: Pues difícil saber la disposición que tiene su entorno para aceptar esto, de todas maneras si lo esconde por algo será, sus inseguridades tendrán.

C.3. Persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada III)

Información:

Entrevistador: ¿Podría decirme qué entiende por deshabitación?

Entrevistada III: Pues quitarse ciertos hábitos.

Entrevistador: Cuando tiene un problema de Salud Mental, ¿sabe a qué recurso dirigirse?

Entrevistada III: A donde puedo, en mi caso soy de Tafalla. Voy a Tafalla a los gratuitos por la seguridad social, y si no me convencen pues me busco la vida en lo privado si tengo dinero.

Habilidades sociales:

Entrevistador: ¿Suele tener a veces conversaciones acaloradas con otras personas? ¿Utiliza una comunicación que respete tu posición propia y la de los demás?

Entrevistada III: Sí, porque tengo un temperamento pues... que... cuando...no sé... eso supongo que es más personal... pues...cuando hablo me acaloro porque sí... Uff...eso es muy difícil de hacer, sobre todo cuando por ejemplo te llevas muy mal con tu padre y estás de “rifi rafe” desde que naciste.

Entrevistador: ¿Se siente libre a la hora de expresar sentimientos con personas cercanas? ¿Y de captarlos? ¿Por qué?

Entrevistada III: Yo siempre expreso mis sentimientos y sobre todo los buenos y los malos También pero hay muchas veces que me da miedo hacer daño y los malos me salen pero tarde, o sea igual una “judiada” que hizo mi hermana conmigo por ejemplo cuando mi hermana bebía igual se la conté a mi madre a los cinco años de haberse muerto mi hermana... Cuando me los expresan si es por ejemplo en modo pareja a veces me agobio muchísimo porque tengo miedo al compromiso, me da mucho “repelus” el compromiso y cuando me dicen cosas que no quiero oír tan pronto pues es como un poco que me asusto...pero yo soy muy “amorable” que digo yo, y entonces

no...tampoco pasa nada ¿sabes?. Hay veces que me han dicho que estoy muy enamorado de ti y yo les digo que siento no sentir lo mismo.

Entrevistador: Cuando te planteas una meta, ¿tiendes a ponerte objetivos altos para esforzarte mucho?

Entrevistada III: Uff...eh...hace poco me quise sacar el graduado escolar y no recordaba ni el castellano después de un “soc” mental que tuve, y entonces me costó muchísimo esfuerzo...invertí días y noches en el estudio...a penas dormía y estaba sobria. Pues al principio mucho mucho mucho y ya no me acuerdo ni de la pregunta.

No me los pongo tan altos porque creo que...que a veces...claro es que no me los pongo tan altos porque sé el estrés que me producen, porque ya lo he visto en mí y a al saber el estrés que me producen me dio ve más tranquila que primero eres tú con tu salud que hacer las cosas que quieres porque eres una terremoto. La E.S.O me resultó muy difícil porque había perdido todo.

Cuando me dijeron que iban a operar a mi madre me acojone tanto que ya no podía ni ver, ni oír...pues...la información que me quería meter yo...era como Dios mío que es esto...y al final me agobié... yo estoy en Zuria por eso, desde que vi que se me empezó a cruzar ya no podía retener información...desde que me pasó lo de mi madre...

Entrevistador: Si ocurre algo que no tenías previsto y te cambia los planes, ¿tienes dificultad para adaptarte de forma adecuada?

Entrevistada III: Pues sí tengo dificultad, eso es lo que me está pareciendo.

Autonomía:

Entrevistador: ¿Consideras importante el apoyo de los profesionales del HDZ en tu día a día? ¿Por qué?

Entrevistada III: Por supuesto, pues porque todo es color de rosa de repente y no es por la medicación, osea era el deje de los consumos y ahora...osea...

Entrevistador: ¿Necesitas apoyo de terceras personas para realizar funciones de la vida cotidiana? En una escala del 1-10, siendo 1 nada y 10 mucho, ¿cómo lo posicionarías?

Entrevistada III: No tengo cosas de esas, solo tengo un chaval que es de aquí y que es un amigo especial, lo conocí hace poco y pues bueno sí que tiene mucho interés en mí y que me intenta cuidar, pero yo le digo ten cuidado que te estás acercando a la lejía... No puedo posicionar el apoyo de personas porque no tengo personas.

Relación convivencial:

Entrevistador: ¿Cómo calificarías la relación convivencial con tu familia? ¿Crees que la problemática que te ha traído al HDZ tiene algo que ver con la relación que tienes?

Entrevistada III: Buff...pues es que ahora difícil porque el médico de mi madre me la ha dejado en una vitrina ahí...y mi padre me llevo muy mal con él pero lo quiero muchísimo eeh y él a mí también pero lo que pasa es que rozamos mucho. Yo culpo a su ansiedad porque se pone nervioso y actúa como no debe y a mí eso pues me echa para atrás y lo intento remendar como puedo, osea, parezco la madre de mi padre, él va cagando y yo voy cogiendo la mierdecilla.

Buff...no lo creo para anda, lo que me ha traído a HDZ ha sido que me redumbé mogollón con lo de mi madre y me quería evadir porque lo veía mucho más fácil que solucionar y solventar todo los problemas que tenía y como veo que quizás me tenga que quedar con el bar familiar que tenemos aunque yo no lo quiero pues entonces tengo que tener la cabeza disponible para decidir, trabajar....necesito mi cabeza pero no la tengo, así que he venido por eso... se me ha caído la cabeza de leche y así que me tiene que crecer la siguiente.

Entrevistador: En una escala del 1-10, siendo 1 nada y 10 mucho, ¿hay discusiones de manera frecuente en el hogar?

Entrevistada III: Cada vez menos porque parece que mi padre cada vez se está dejando como no sé...muy bien explicarlo...antes todo el rato me controlaba un montón y ahora parece que le estoy educando para que me deje un poco en paz, que sus formas no son tampoco las correctas que aunque no le gusten las mías porque yo que sé...Que le

voy a ayudar a una señora en la calle y me retiene diciendo que me va a hacer algo la señora... ¡ya! ¿Y tú sabes el susto que se va a dar la señora cuando vea qué tipo de persona se está acercando? que hay veces que no te aceptan la ayuda pensando yo que sé qué.

Vivienda:

Entrevistador: ¿Cómo valoras tu situación residencial? ¿Crees que la tienes cubierta a largo plazo? ¿Por qué?

Entrevistada III: Tengo piso propio desde los 17 años y estoy...lo pagaré a los 52 y vivo en una casa en una casita preciosa...maravillosa...la tiré abajo...la levanté a mí gusto...maravilloso...vivo con una gatita, mi perrita hace tres años que no vive conmigo pero vive en el barrio de al lado porque... “éramos dos y parió la abuela” porque me operaron del riñón y no podía estar con animales, entonces uno que vivía conmigo se la quedó y me pareció genial.

Me veo ahí hasta que se mueran mis padres y cuando se mueran mis padres ya no veo nada.

Entrevistador: ¿Cómo valoras los vecinos o el barrio donde resides? ¿Por qué?

Entrevistada III: No conozco a nadie. El barrio huele a hierba, está lleno de locales bajos a nivel del suelo y lleno de chavalería con...de verdad...mi barrio huele a hierba y no es de campo.

Entrevistador: ¿Cómo afecta la situación residencial a etapa actual?

Entrevistada III: A mí me la “repampinfla”, yo mi vida ellos que hagan con la suya la que quieran. Es que fíjate lo que me estabas preguntando, en ese barrio de mierda que está rodeado de camellos...de porros...de todo...pero entras a mi casa y dices...si parece que hemos cambiado de pueblo y de todo, es que es muy yo.

Organización de la unidad convivencial:

Entrevistador: ¿Te tienen que ayudar a organizarte para poder realizar las tareas del hogar?

Entrevistada III: Sí, sí, sí, desde que puse mal, desde que me puse mal no...uff...hay rincones que no los he vuelto a tocar nunca, osea me he ido de mi cuarto al cuarto de los invitados para no verlo...dije...bueno cuando me ponga bien ya entraré otra vez.

Entrevistador: ¿Te administras tú el dinero? ¿Has tenido que deber dinero alguna vez a alguna persona cercana?

Entrevistada III: Sí, pero no lo tengo en cuenta, no le hago ni caso mientras llegue. No me falta porque no lo miro, igual hay mucho dinero, osea mucho no, lo suficiente.

Bueno una vez que difame sobre Dios y me llegó una factura de mil “pavos” de gas... y... bueno pues mira...

Recursos económicos:

Entrevistador: ¿Cuáles son tus fuentes habituales de ingresos? ¿Las consideras suficientes para satisfacer tus necesidades?

Entrevistada III: Pues mira he estado dependiendo de mi riñón un par de años, ya ahora el tercero en vez de estar pagando el salario completo por la seguridad social, me están pagando la mitad y mi madre sí que me está ayudando y...me dijo...pues te voy a meter al mes tanto y así para que te cubras tus gastos y tal. Lo del riñón es porque me pusieron de baja y me hicieron pensionista...entonces yo estaba cobrando un sueldo de la hostia, y ahora pues estoy cobrando pues medio sueldo, cobro de la seguridad social pues tengo la total.

Entrevistador: En el caso en el que los ingresos procedan de prestaciones, ¿las consideras suficientes?

Entrevistada III: Ehh... sí porque no tengo muchas necesidad, tengo lo normal, la hipoteca, el agua, la luz, el gas...lo justo

Entrevistador: ¿Gastas el dinero en cosas que no son prioritarias para ti? ¿Por qué?

Entrevistada III: Yo no yo no...yo lo que es necesario para sobrevivir.

Laboral:

Entrevistador: En la actualidad, ¿en qué situación laboral te encuentras?

Entrevistada III: Todavía podría hacer un trabajo...en principio he pensado que iba a ser media jornada lo que podría pero puedo hacer de jornada completa lo que pasa que no me he visto capacitada para nada.

Entrevistador: ¿Tienes previsto a corto-medio plazo buscar un trabajo? (si lo tiene)
¿Qué esperanza tienes de este? En una escala del 1 al 10 siendo 1 nada y 10 mucho
¿Qué esperanza tienes de ese trabajo?

Entrevistada III: En julio tengo tribunal médico, por lo tanto ahí me veo que tengo que decidir, si voy a llevar el bar, si lo voy a alquilar a otras personas, voy a seguir estudiando algo...tengo que decidir y por eso necesito que mi cabeza esté entera.

Pues es que ojalá me gustase la hostelería per es que la he gastado, ese bar va bien ¿vale? si me lo tengo que quedar me lo quedaré pero ojala pueda seguir estudiando porque con estos conocimientos me doy asco a mí misma, no puedo permitirme a mí misma...me doy cuenta que me han pegado un montón de tacos y hablo súper mal y encima he ido varias veces a Burgos y me han pegado hasta los laísmos, y buff...estoy hablando cada vez peor, a veces mezclo el condicional...unas cosas que me están pasando con el lenguaje...uff qué mal...

Entrevistador: ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social?

Entrevistada III: A mí la inclusión social me suda porque...eso para qué lo quieres. Soy una persona que siempre digo jo, qué pena no tener amigos...pero y si los tuviera qué, osea es que no le encuentro sentido, si yo de pequeña me auto-marginaba en el recreo porque no quería esta con los demás. Podría haber vivido fuera del sistema, muy cómodo.

Entrevistador: ¿Te sientes mejor contigo misma cuando estás trabajando?

Entrevistada III: Me siento muy insegura al tener esta memoria pero sí te hace sentir realizada...pero...cuando...por fin te das cuenta de que no eres una persona de la cual

no puedan pasar sin ti...osea imprescindible...cuando te das cuenta que no lo eres dices...ostras igual me he desmadrado demasiado trabajando ahí. No veo tan importante, creo que pueden prescindir de mí en el planeta.

Entrevistador: ¿Cómo crees que puedes mejorar tu empleabilidad?

Entrevistada III: Pues creo que estudiando porque eso me activa un montón el cerebro y...gracias a Dios no piensas en cosas menores de esas que me bloquena la mentes...pues podría aumentar mucho mi evolución cerebral.

Formativo:

Entrevistador: ¿Qué nivel formativo tienes? ¿Qué factores crees que han influido en este? ¿Por qué?

Entrevistada III: Sólo tengo la E.S.O. Ha influido Zuria, gracias a esto tengo la E.S.O, me ha dado las ganas que necesitaba para sacarme el graduado y por fin puede recuperar la mente que yo no sabía si eso era recuperable porque nadie me dijo lo que tenía...entonces fue muy duro pero dije joder voy a hacerlo porque yo no me voy a pasar toda mi vida en una barra de una tasca...mira como acabas hablando de mal.

Había llegado hasta 3 de la E.S.O lo que pasa que a los 14 años comencé a trabajar, entonces cuando llegué a 3 de la E.S.O igual yo tenía 16 porque había repetido segundo y...pero...como estaba yendo por la mañana al instituto y por la tarde al bar...estuve así 1 año o 2 y luego dije venga hasta luego.

Lo que me impidió seguir estudiando fueron los porros, las drogas, la curiosidad, las hormonas, los chicos, el sexo...vamos que a esa edad no la veo yo que sea una edad para estudiar, es para descubrir, no para profesionalizarte...ni si quiera te preguntan qué quieres ser...tienes una edad correcta para saberlo.

Entrevistador: ¿Te ves capaz de aumentar tu currículum mejorando tu formación? ¿Por qué?

Entrevistada III: Ay...qué “penica” me da contestarte a esto pero...me he dado cuenta que hasta los universitarios están quitando de sus currículums que son universitarios porque sino igual no les contratan porque ven que tienen...que es más factible...que se

vayan antes que otras personas que no han ido a la universidad...y digo...hasta la gente que está estudiando se lo están guardando para ellos...porque por conseguir trabajo...hay universitarios trabajando en los Mac Donald, Eroski...

Participación social:

Entrevistador: ¿Participas en recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.? ¿Cómo has interpretado lo que me has dicho?

Entrevistada III: Me ofrecí de voluntaria porque creo que se me dan muy bien los niños, entonces pensaba que igual haciendo un voluntariado en la biblioteca, en la ludoteca...entreteniéndolos...cualquier cosa iba a ser divertido para mí y para ellos, pero nunca me han llamado...y eso que ha sido totalmente altruista... no lo sé...¿serán las pintas? ¿Serán otras cosas? no lo sé...

Eh... pues... como que no me han invitado a una fiesta...sin más, osea no mucho más grave.

Entrevistador: ¿Cómo calificarías las relaciones sociales (amistades etc.)?

Entrevistada III: A ver...yo tengo...tres amistades...las tres viven en Pamplona...eh...una de esas amistades consume pero le voy a querer igual...no me va a molestar...la otra la conocí aquí (HDZ) y es amigo y...creo que le estás pasando lo mismo que a mí actualmente...y la otra pues es una buena chica que se fuma un porro a la hora de dormir pero eso...los tengo aquí y a penas los veo a ninguno de los tres y eso...no vengo mucho aquí...pero claro cuando vengo aquí siempre es porque tengo que hacer algo en Pamplona...y si puedo visitar a alguno de los tres...que el que más fácil para localizar es el consume porque los que consumen no hacen otra cosas. Pero es que ese chico...salimos años...nos casamos de coña...es mi supuesto marido...y... ¿cuál era la pregunta?

Aceptación social:

Entrevistador: ¿Alguna vez no has podido expresarte libremente en la sociedad debido a tu modelo de vida? ¿Por qué?

Entrevistada III: Sí, alguna vez he tenido alguna bronquilla por ahí de que alguna mujer me diga en alguna terraza algo... Pues no sé por qué...yo no tengo por qué entender a los desconocidos...yo qué sé...gente que se cambia de acera...o no sé....gente que se asusta al intentar ayudarles...hay gente que se asusta muchísimo al ver las pintas, cuando me acerco a los niños y en realidad es que soy una payasa de la “ostri” y entonces se me dan muy bien lo críos...pues los padres se asustan. Ya estoy acostumbrada a ello.

Entrevistador: ¿Consideras que tu situación genera una afectación negativa por parte de otras personas a la hora de entablar una relación?

Entrevistada III: Bueno...yo es que...cuando veo una persona con rastras...la miro tres veces porque la mayoría yo pienso como si fuera...como los de Franco tío...lo siento...claro...tú si llevas rastas no vas a conseguir trabajo, eres un “yonki” de mierda... Fíjate que yo no soy ninguna peluquera pero sí que vienen de “colegueo” a casa para que les haga rastas... ¿rastas? ¿Cómo que quieres rastas? ¿Para qué? ¿Tienes trabajo? no. Entonces no te hago rastas ¿para qué? estoy haciendo un esfuerzo que...he visto la afectación negativa en los demás, la he visto tanto... a la hora de encontrar trabajo...como te miran...

Cuando fumaba a mí me hace mucha gracia cuando no estoy fumando y se me acerca la policía y les vacilo...porque joder, no llevo ni papel de fumar...pero me asocian... Yo he visto cosas muy feas solo por ser así...

C.4. Familiar de persona con trastorno adictivo de sustancias (Entrevistada IV)

Información:

Entrevistador: ¿Sabría su hijo en caso de que necesite ayuda por algún problema que tenga debido a su enfermedad acudir a un centro especializado?

Entrevistada IV: Pues no estoy segura porque en realidad él...eh...sabe dónde están los sitios a los que tiene que acudir, pero cuando le da...eso....yo no sé si sería capaz de ir hasta esos sitios...no lo sé, la verdad que no lo sé...

Entrevistador: ¿Sabría su hijo a qué personas dirigirse para que le guíen a dónde debe de ir cuando le sucede?

Entrevistada IV: Bueno pues nuestro médico de cabecera...yo no sé si le podría informar...lo que pasa que como es tan reacio...basta que le diga yo que vaya al médico de cabecera para que te indique dónde ir...pues...basta que le diga para que me diga...¡tú qué sabrás!. Claro por otra parte, lo mismo ha ido alguna vez sólo a un sitio y yo no me he enterado, es que no sé.

Habilidades sociales:

Entrevistador: ¿Considera que su hijo es capaz de iniciar y mantener una conversación de manera asertiva?

Entrevistada IV: Pues yo creo que no...le respondería mal, porque a veces contesta....yo le veo que se altera, que se altera de tal forma que no domina la propia fuerza de cómo expresarse...se altera mucho...pierde los papeles...a veces incluso si empieza riendo por una cosa...termina diciendo otras cosas que no tenían nada que ver con lo que era al principio.

Entrevistador: Así mismo, ¿cree que su hijo es capaz de captar o expresar sentimientos de una forma adecuada?

Entrevistada IV: A veces sí, porque yo no sé en qué tiene que ver...si el momento, las horas... no lo sé...pero hay veces que se le ve con otro tipo de sentimientos...y... se le ve más cariñoso, más receptivo.

Entrevistador: ¿Son realistas los objetivos que se propone su hijo?

Entrevistada IV: A veces no, son un poco irrealistas porque en realidad primer se tendría que fijar en cómo está y solucionar esa situación. Primero debería aceptar lo que tiene encima y solucionarlo.

Entrevistador: Con acontecimientos inesperados, ¿Su hijo se adapta de forma adecuada?

Entrevistada IV: Pues no sabría decirte la verdad, sí yo creo que se adapta pero no le han tocado cambios, pero vaya...

Autonomía:

Entrevistador: ¿Necesita su hijo apoyo de terceras personas para realizar funciones de la vida cotidiana?

Entrevistada IV: No, no.

Relación convivencial:

Entrevistador: ¿Convive con su hijo en casa?

Entrevistada IV: Sí.

Entrevistador: ¿Es adecuada la relación convivencial de su hijo en casa?

Entrevistada IV: Bueno, a veces, no siempre porque siempre está ocupado, siempre se cree que lo de él es lo primero y la verdad que no participa nada en casa...y si le digo algo...bua... a veces se pone...entonces yo casi prefiero no decirle nada.

Entrevistador: ¿Cómo afecta la irrupción de la enfermedad mental de su hijo en las relaciones familiares?

Entrevistada IV: No, yo creo que es distinta...porque antes pues quizás podría ser cuando estaba empezando que...tenía sus momentos que tenía buenos momentos en casa...en cambio ahora es que...

Entrevistador: En una escala del 1-10, siendo 1 nada y 10 mucho, ¿hay discusiones de manera frecuente en el hogar?

Entrevistada IV: Sí, sí, sí...diría...no sé...un 7...pero además por tontadas

Vivienda:

Entrevistador: ¿Cómo valoras la situación residencial de las personas con enfermedad mental, tanto en lo que se refiere a acceso a vivienda propia, como alquiler, recursos residenciales?

Entrevistada IV: No, yo creo que tienen bastante limitado o nada...porque...simplemente si consiguen un piso y...ven el tipo de persona pues la verdad que los rechazan...yo es mi hijo pero igual...claro...al ser mi hijo lo aceptaría...pero también me daría miedo que me entrara un vecino así.

Entrevistador: ¿Cómo crees que afecta la situación residencial a la salud mental de tu hijo?

Entrevistada IV: Pues no sé, yo creo que mal, mal porque yo no sé cómo ayudarle...y él cuando está en casa está dejado...si le damos alguna ocupación no quiere.

Organización de la unidad convivencial:

Entrevistador: ¿Cómo calificarías la organización de las tareas domésticas de su hijo?
¿Adecuada o mala?

Entrevistada IV: Le estoy diciendo que fatal, no hay manera de que eche una mano en casa, al revés...

Entrevistador: ¿Mantiene su cuarto en condiciones adecuadas?

Entrevistada IV: Uuuuuuh, se puede imaginar...si quiere pasamos a verlo...pero vamos y luego encima no encuentra nada y me dice que a ver si se lo he cogido yo, lo que me faltaba.

Entrevistador: ¿Se administra su hijo competentemente el dinero?

Entrevistada IV: Sabe Dios lo que hace con el dinero, porque algo le puedo dar yo, pero tampoco lo que él quisiera...pero no se le debe de dar porque entonces vamos...

Recursos económicos:

Entrevistador: ¿Cuáles son las fuentes habituales de ingresos de su hijo? ¿Las consideras suficientes para satisfacer sus necesidades?

Entrevistada IV: Pues nada, lo que le puedo dar en casa, nosotros le podemos dar. Bueno pues sí, creo que sí.

Entrevistador: ¿Cree que su hijo puede aumentar sus ingresos? ¿Cómo?

Entrevistada IV: Pues si encontrase algún trabajo...alguna ocupación...algo que le diese alguna paguilla, pues por lo menos estaría mejor y también nosotros un poco más desahogados....

Entrevistador: ¿Crees que afecta la situación económica en su Salud Mental?

Entrevistada IV: Pues no lo sé.

Laboral:

Entrevistador: ¿Cómo consideras que es la situación laboral de tu hijo?

Entrevistada IV: Pues pésima, no trabaja, pésima.

Entrevistador: ¿Consideras el empleo como un factor importante a la hora de conseguir la integración social?

Entrevistada IV: Sí, sí, sí, yo pienso que sí.

Entrevistador: ¿Consideras que la situación laboral puede influir en la estabilidad psicopatológica de tu hijo?

Entrevistada IV: Que esté ocupado, que tenga un horario que cumplir y eso...yo creo que sí, que le iría muy bien...claro como madre lo pienso así, no sé si él llegaría a cumplirlo.

Entrevistador: ¿Cómo crees que puede mejorar la empleabilidad tu hijo?

Entrevistada IV: A nada que le contrate alguien, pues por lo menos podría poner...ha trabajo en Volkswagen, no sé...esas empresas tan grandes...

Formativo:

Entrevistador: ¿Crees que ha influido la enfermedad en el nivel formativo de tu hijo?
¿Por qué?

Entrevistada IV: Sí, yo creo que sí, que sí ha influido porque cuando empezó, que no nos dábamos cuenta, pues siempre venía con suspensos y nunca terminaba...en fin, repetir...yo creo que ha afectado.

Entrevistador: ¿Cuál consideras que es el nivel formativo medio de las personas con las características de tu hijo?

Entrevistada IV: Pues si terminan la E.S.O contentos, no sé porque...pero bueno.

Participación social:

Entrevistador: ¿Cuál es el nivel de participación formal de su hijo en la comunidad? ¿E informal?

Entrevistada IV: Yo no sé si participa en muchas cosas este hijo la verdad, no lo sé. Cuando está con sus amigos pues sí que participa, pues se va con ellos por ahí...

Entrevistador: ¿Cómo valoras la participación de su hijo en los recursos de la comunidad: culturales, asociativos, participación política etc.?

Entrevistada IV: No lo sé.

Entrevistador: ¿Cómo son las relaciones sociales (amistades etc.) de su hijo?

Entrevistada IV: Pues tiene amigos que son muy majos y yo creo que esos chicos no han caído en la droga, y bueno de momento los mantiene, lo que pasa que también por la sensación...yo por lo menos cuando lo veo...me gustaría que se juntase más con esos que con los otros...

Aceptación social:

Entrevistador: Cuando has realizado actividades con su hijo, ¿Ha obtenido el mismo trato que si fueras sola? ¿Por qué?

Entrevistada IV: Mmmmm, el trato pues...como...que la gente no se fía de nosotros o nos mira con cara rara...están como un poco alerta...no sé qué hago yo o qué hace mi hijo...igual porque le ven el aspecto de cómo es...físicamente...eh...entonces o si habla...

Hombre hay algunas tiendas que ya nos conocen, pero como vaya a algún sitio que no nos conocen...pues parece que les vamos a robar no sé el qué.